



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento de Ciências da Saúde

Hábitos tabágicos e saúde oral

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por

Carlos Manuel da Silva Mendes

Setembro de 2011



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento de Ciências da Saúde

Hábitos tabágicos e saúde oral

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Orientador:

Professor Doutor Jorge Leitão

Co-orientador:

Mestre Nélio Veiga

Por

Carlos Manuel da Silva Mendes

Setembro de 2011

Ao Professor Doutor Jorge Leitão
Ao Mestre Nélcio Veiga e a todos os meus Amigos que me apoiaram no
adquirir progressivo do conhecimento

Agradeço à minha Mãe pela constante compreensão em todos os dias que me tem criado, agradeço ao meu Pai pelos valores que me transmitiu. Agradeço a ambos a fantástica formação pessoal e profissional que me disponibilizaram, mesmo na necessidade de grandes esforços por parte deles.

Agradeço à minha Irmã, e minha futura colega todos os bons momentos passados, todas as pequenas birras de irmãos e também pelo exemplo que ela sempre foi para o meu adquirir de conhecimento. Agradeço também ao meu cunhado pela grande pessoa que se revelou e que ganhou todo o meu apoio para o que for necessário.

Agradeço aos meus Avós tanto paternos como maternos, por todo o amor que me deram, pelo orgulho que têm de mim, por serem uns avós tão “babados” e que eu gosto tanto.

Agradeço também aos meus dois tios e aos meus dois primos que me fizeram e fazem sentir um carinho familiar muito valioso nos dias que correm.

Por fim e não em menor importância, agradeço à minha Namorada por todo o apoio incondicional, pelos sonhos que temos realizado e por todos os sonhos que ainda não se concretizaram, os quais espero que um dia se concretizem. Finalmente a toda a família dela que eu considero verdadeiramente “nossa”.

*“Primeiro aprende a ser um artesão. Isso não te vai impedir de ser um
gênio.”*

Eugene Delacroix

Resumo: Na atualidade o tabagismo é um dos grandes problemas de saúde pública e as doenças que derivam deste, são responsáveis por uma elevada mortalidade em todo o mundo. Neste estudo fez-se a análise de 414 indivíduos que se deslocaram às instalações da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa - Pólo de Viseu, através de um estudo epidemiológico observacional de carácter retrospectivo que permitiu a comparação de vários aspectos como a higiene oral, o índice de placa, o nº de dentes cariados e o estado gengival/periodontal entre fumadores e não-fumadores. Verificou-se a presença de uma maior percentagem de fumadores na faixa etária dos 26 aos 35 anos e verificou-se que os fumadores higienizam com maior frequência os dentes comparativamente aos não fumadores. O motivo de consulta mais observado foram as consultas de rotina (23,2%), seguido das destartarizações (22%) e a percentagem de fumadores analisados corresponde a 22,5% da amostra recolhida. Concluiu-se que não há diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde oral dos indivíduos analisados e os hábitos tabágicos, do mesmo modo, concluiu-se que os indivíduos fumadores podem apresentar uma melhor higiene oral pois têm noção das consequências negativas que o tabaco pode provocar.

Palavras chave: Tabaco, saúde oral, Índice de placa, BOP, problemas periodontais

Summary:

Nowadays smoking is a major public health issue and diseases that the habit originates are responsible for a high mortality worldwide. This study is an analysis of 414 individuals who visited the University Clinic of the Portuguese Catholic University of Viseu. The study consists in an retrospective observational epidemiological study that compares various aspects such as oral hygiene, plaque index, the number of decayed teeth and the gingival/periodontal status between smokers and non-smokers. There was a higher percentage of smokers from 26 to 35 years old and we verified that smokers brush their teeth more often than nonsmokers. The reasons for the dental appointments were “regularly scheduled appointments” (23,2%), followed by teeth cleaning (scaling) (22%) and the percentage of smokers analyzed corresponds to 22.5% of the collected sample. We concluded that there was no statistically significant differences of the oral health between smokers and non-smokers, as we concluded that smoking individuals can have better oral hygiene because of the negative consequences caused in smoking habits.

Keywords: Tobacco, oral health, plaque index, BOP, periodontal problems.

Índice

1.	Introdução	1
1.1.	Saúde Oral	2
1.2.	Saúde Oral em Portugal	5
1.3.	O tabaco	6
1.3.1.	Tabagismo	6
1.3.1.1.	Nicotina	7
1.3.1.2.	Tabaco com fumo	9
1.3.1.3.	Tabaco sem fumo	10
1.3.2.	Tabagismo em Portugal	11
1.3.3.	Hábitos Tabágicos e Saúde Oral	14
1.4.	Lesões na mucosa oral	17
1.4.1.	Leucoplasias	17
1.4.1.1.	Leucoplasia verrugosa proliferativa	20
1.4.2.	Eritroplasias	22
1.4.3.	Melanose do fumador	23
1.4.4.	Líquen Plano	24
1.4.5.	Carcinoma oral	25
1.4.6.	Leucoplasias/eritroplasias	26
1.4.7.	Estomatite nicotínica	27
1.4.8.	Candidíase hiperplásica	29
1.4.9.	Glossite romboide mediana	30
1.4.10.	Língua Pilosa	31
1.4.11.	Queratose do tabaco sem fumo	33
1.5.	Problemas periodontais	34
1.6.	Indicadores de saúde oral	39

1.6.1.	Índice CPO.....	39
1.6.2.	Índice de placa de O'leary	42
1.7.	Tipo de estudo	43
1.8.	Justificação de tema.....	43
2.	Objectivos	45
3.	Metodologia.....	47
3.1.	Variáveis em estudo.....	48
3.2.	Amostra	49
3.3.	Recolha de dados	50
3.4.	Análise estatística	50
4.	Resultados.....	51
4.1.	Género/Idade	52
4.2.	Motivo da consulta	60
4.3.	Tabaco	61
4.4.	Comportamentos.....	65
4.4.1.	Higiene Oral.....	65
4.4.2.	Escovagens.....	68
4.4.3.	Fio dentário	72
4.5.	Status dentário	73
4.6.	Alterações gengivais/periodontais e índices de HO	79
5.	Discussão	87
6.	Conclusões.....	91
7.	Referências Bibliográficas	93
8.	Índice de imagens	99
9.	Índice de tabelas	101
10.	Índice de gráficos.....	105

11. Anexos	109
------------------	-----

1. INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE ORAL

O conceito clássico de saúde foi por muito tempo designado segundo as características negativas, ou seja, a saúde seria a ausência de doenças e de qualquer tipo de invalidez. Mas atualmente existe um consenso geral que indica a falsidade desta afirmação por três motivos principais. Em primeiro lugar porque nem sempre é possível fazer uma divisão lógica entre o que é normal e o que é patológico, em segundo lugar porque a definição de normalidade varia durante o tempo e o que pode ser considerado normal numa data pode ser considerado um estado patológico noutra época e em terceiro lugar porque uma definição negativa não é real tal como podemos comparar que a riqueza não corresponde à ausência de pobreza. (Sala & García, 2005).

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu na sua constituição que saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou de qualquer tipo de invalidez como designado anteriormente. Esta definição foi de grande importância pois pela primeira vez definiu-se saúde por termos positivos e de completo bem estar e também porque pela primeira vez a componente mental e social foi incluída na sua definição (Ferraz, 1997).

Segundo alguns autores a definição da OMS podia ser mais correta ao excluir da definição a palavra “completo”, pois tanto a saúde como a doença têm vários graus de intensidade e estes ao formarem uma escala em que os extremos são a morte e o outro extremo é a saúde completa permitem a existência de uma zona neutra impossível de definir de normal ou patológico.

Atualmente a definição de Saúde Oral não se encontra descrita muito comumente em artigos, mas pode-se referir que consta numa relação entre a saúde oral do indivíduo e a vida social deste (Locker, 1997), chegando mesmo a ser referida como “Parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e a informação” (I Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1986).

A saúde oral baseia-se em dois aspectos muito importantes: a oferta e a procura. Como oferta temos principalmente o serviço privado, dado que o Sistema Nacional de Saúde não prevê tratamentos médico-dentários de rotina aos seus utentes impossibilitando, por vezes, tratamentos atempados, adequados e necessários. Como procura temos uma opinião muito variável de pessoa para pessoa, pois a “gravidade” de cada caso é muito subjetiva, justificada pela diferente noção do tempo, pelos diferentes estatutos socioeconómicos e culturais. Para compensar esta questão individual, é de realçar, o aparecimento de um número cada vez maior de seguros de saúde que permitem um tratamento faseado e com menos custos diretos. (Costa, 2009).

Na atualidade as exigências sociais não se limitam a aumentar os anos de vida mas também que esses anos de vida sejam de qualidade. Assim além da saúde/doença temos que ter em conta a percepção de cada um se sentir bem na sociedade e individualmente. Assim podemos ter noção da importância que os tratamentos orais têm na saúde do indivíduo, pois as sequelas das patologias orais quando não tratadas têm um efeito muito negativo na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com

Inglehart e Bagramian a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral pode-se definir como o parecer pessoal da forma como os seguintes factores influenciam o bem-estar: factores funcionais (mastigação, fonação), factores psicológicos (relativos à aparência pessoal e à auto-estima), factores sociais (na relação interpessoal) e nos factores como a dor. (Inglehart & Bagramian, 2002)

Assim os tratamentos estéticos e preventivos são considerados cada vez mais importantes numa melhoria na qualidade de vida e da saúde oral de cada paciente.

1.2. SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

Na população portuguesa podem-se observar estados muito graves de saúde oral, que constituem um grave problema de Saúde Pública, mas nem todas as pessoas têm noção da gravidade. Parece evidente que não existe, por parte da população em geral, a consciência da necessidade de prevenir para não tratar, ou seja, os comportamentos, as atitudes e os estilos de vida não estão de acordo com a prevenção primária (Couto, 1997).

No entanto, a promoção da saúde oral é já hoje um facto em Portugal. Existe já uma estratégia global de intervenção, assente na promoção da saúde, prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dos dentes que desenvolveram cárie dentária. Esta intervenção abrange grávidas e crianças, desde o nascimento até aos 16 anos, ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e os jovens vivem e estudam. Para se obterem ganhos consistentes em saúde oral é indispensável um investimento precoce e continuado. Por isso, a promoção da saúde oral começa com a sensibilização da mãe grávida para os cuidados orais ao bebé, logo após o nascimento. Em casa e na escola, as mensagens de prevenção das doenças orais devem ser incorporadas nos comportamentos do dia-a-dia, com sentido de responsabilidade (DGS – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, 2005).

1.3. O TABACO

1.3.1. TABAGISMO

Na atualidade o tabagismo é um dos grandes problemas de saúde pública e as doenças que derivam deste são responsáveis por uma elevada mortalidade em todo o mundo.

Existem duas formas principais de fumar, primeiro, a mais importante por ser o tipo mais comum em Portugal, o tabaco de fumar. Em segundo, o tabaco sem fumo que pode ser administrado na via oral ou nasal sem que haja combustão ou queima e é principalmente utilizado em países como os EUA, países nórdicos, no sudoeste asiático e na Índia onde é a forma mais comum de consumo de tabaco. Muitos termos são usados para descrever os produtos de utilização de tabaco sem produzir fumo tais como o tabaco de mascar, *snuff* e *snuss*. (Shafey, Eriksen, Ross, & Mackay, 2009).

É relevante realçar que todas as formas de uso do tabaco contêm agentes causadores de cancro, principalmente oral e dos pulmões, além de causarem outros problemas de saúde como doença periodontal, perdas dentária, mau hálito e pigmentação da superfície dos dentes. (Shafey, Eriksen, Ross, & Mackay, 2009).

O risco de desenvolver cancro oral é 5 a 9 vezes superior nos fumadores do que nos não fumadores, chegando a ser 17 vezes superior nas pessoas que fumam mais de 80 cigarros por dia. Aproximadamente 80% dos pacientes que têm cancro oral são fumadores. Os pacientes que já têm cancro oral e que continuam a fumar têm um risco de 2 a 6 vezes superior de adquirir um outro cancro primário no trato aerodigestivo superior em comparação com os que não fumam.

Fumar outras substâncias como canábis também se considera que podem levar a um aumento da incidência de cancro oral, mas são necessários mais estudos para comprovar esse processo.

1.3.1.1. NICOTINA

A nicotina é um alcaloide de origem natural proveniente das folhas da planta do tabaco (*Nicotiana tabacum*) e é o constituinte ativo do fumo do tabaco. A nicotina funciona como um estimulante, sendo este o principal efeito responsável pela dependência do consumo de tabaco. A nicotina é uma droga psicoativa presente no tabaco mas não é a substância mais perigosa, pois está presente com centenas de outras partículas e gases que podem produzir efeitos carcinogénicos, problemas a nível cardiovascular, a nível reprodutor e mesmo sensoriais.

A nicotina presente no fumo do tabaco é absorvida através dos pulmões, de uma forma extremamente rápida. A absorção da nicotina a nível oral do tabaco dos cigarros é muito baixa, mesmo mantendo o fumo na boca, porque o pH do fumo é ácido (pH 5,5 – 6,0) fazendo com que a nicotina se comporte como uma base fraca ($pK_a=8,0$), estando maioritariamente ionizada não conseguindo atravessar as membranas celulares contudo a absorção a nível pulmonar é bastante rápida pois existe um pH fisiológico que vai tamponar a nicotina e uma área de contacto muito vasta. Quanto ao fumo de cachimbo, tem um pH básico (acima de 6,5) o que vai fazer com que a nicotina se encontre na forma não ionizada, sendo bem absorvida na mucosa oral. Cerca de 80 a 90% da nicotina inalada é absorvida e os fumadores passivos vão absorver 60 a 80% da

nicotina presente no fumo ambiente. A quantidade de nicotina inalada vai depender de certos factores como o volume, intensidade e frequência da sua administração.

No tabaco mastigável a nicotina é absorvida facilmente porque as formulações são dotadas de um pH alcalino que facilitam a absorção a nível da mucosa oral. Apesar da absorção na mucosa oral ser rápida, ao contrário do tabaco com fumo, os níveis de nicotina no cérebro só têm o seu nível máximo aproximadamente 30 minutos depois diminuindo de seguida durante duas horas ou mais. (Hukkanen, Jacob, & Benowitz, 2005)

Após a absorção a nicotina chega aos vários órgão através da corrente sanguínea atingindo o cérebro aproximadamente 20 segundos depois de absorvida e atravessa a barreira hemato-encefálica através de difusão passiva e de transporte ativo. A nicotina tem alta afinidade com órgãos como o fígado, os rins, o baço e pulmões enquanto que tem baixa afinidade com o tecido adiposo. A elevada concentração no sistema nervoso central não permite por parte do organismo desenvolver tolerância, havendo uma ação farmacológica intensa enquanto que nos sistemas transdérmicos de nicotina, promove-se uma distribuição lenta da nicotina resultando em níveis cerebrais baixos, permitindo o desenvolvimento de tolerância aos efeitos farmacológicos. (Keenan & Henningfield, 1993)

Antes de atingir a circulação sanguínea a nicotina oral é extensamente metabolizada durante a primeira passagem ao nível do fígado e a biodisponibilidade oral fica pelos 30 a 40%. No entanto, a administração de nicotina em combinação com um inibidor da CYP2A6 aumenta a biodisponibilidade da nicotina em mais de 60%. A nicotina é extensamente metabolizada ao nível do fígado. Existe uma variabilidade individual elevada na taxa de eliminação da nicotina. Para além das

variações genéticas de cada indivíduo, outros factores podem influenciar o metabolismo da nicotina tais como: as refeições, sendo que as concentrações de nicotina diminuem aproximadamente 40% após cada refeição, a idade, sendo que a clearance de nicotina diminui com o avançar da idade, o sono, uma vez que durante o sono as concentrações de nicotina diminuem, e o género, havendo uma clearance da nicotina mais elevada em homens do que em mulheres.

1.3.1.2. TABACO COM FUMO

As doenças associadas ao tabagismo com fumo são muito numerosas. As complicações a nível pulmonar, com maior severidade, são a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e o agravamento da asma. Menos graves, temos as doenças cardiovasculares como os acidentes vasculares cerebrais e arteriosclerose, doenças no tubo digestivo como úlceras pépticas, refluxo esofágico e agravamento da doença de Crohn, doenças genitourinárias como infertilidade e disfunção erétil, alterações durante a gravidez tanto no feto como na progenitora e outras alterações como envelhecimento da pele, osteoporose, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, estomatites, cáries dentárias e doença periodontal (CAA, 2007).

A prevalência de fumadores em todo o mundo é de 1.3 biliões o que representa um terço da população num total de indivíduos com 15 ou mais anos, realçando a importância de se relacionar este hábito com a saúde oral (Mirra, 2009). A mortalidade anual relacionada com o consumo de tabaco em todo o mundo é de 5,4 milhões de pessoas, sendo que o futuro não se prevê mais promissor, apontando as previsões para 2020 o número de 7

milhões de óbitos nos países em desenvolvimento e seguindo a mesma tendência com 1 bilhão de óbitos ao longo do século XXI. Prevê-se mesmo que nesta altura a mortalidade nos adultos causada pelo tabagismo seja maior que a soma das mortalidades causadas por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, homicídios e suicídios.

1.3.1.3. TABACO SEM FUMO

Os Homens utilizam este tipo de tabaco 8 vezes mais que as mulheres e tem um alto poder carcinogénico principalmente quando usado em conjunto com álcool. Alguns estudos demonstram que usar “spit tabacco” (tabaco de cuspir) aumenta para o dobro a probabilidade de morrer de causas cardiovasculares (Bolinder, 1994). Este tipo de tabaco é inicialmente utilizado com baixas concentrações de nicotina, pH neutro e com sabores e à medida que a dependência aumenta, começam-se a usar formas com maior concentração de nicotina, pH maior (para facilitar a absorção pela mucosa) e consecutivamente dando menos importância aos sabores. Alguns utilizadores deste tipo de tabaco ficam tão viciados que utilizam durante a noite um “*quid*” que é um dispositivo que contém 1,5g a 2,5g de tabaco e que permite uma absorção de nicotina contínua durante a noite. Aproximadamente metade dos consumidores do tabaco de cuspir apresentam leucoplasias no local onde colocam o “*quid*”.

Existem dois tipos principais de tabaco sem fumo: o tabaco de inalar e o tabaco de mascar. Relativamente ao tabaco de inalar, o “*moist snuff*” corresponde a uma quantidade pequena de tabaco que é colocado entre a gengiva e a mucosa jugal e podem ter vários tipos conhecidos como “*khaini*”, “*snus*”, “*shammaah*”, “*nass*” e “*naswa*” e “*rapé*”. O “*dry snuff*” corresponde a pequenas quantidades de tabaco que são inaladas por via

nasal e consequentemente absorvidos na mucosa nasal ou podem também ser usados oralmente. Este tipo de administração apresenta uma maior prevalência na Europa, contudo, está numa fase de declínio. O tabaco de mascar é usado principalmente na Índia e é colocado em locais como na mucosa jugal, entre a mucosa do lábio inferior e a gengiva e são mastigados. Este tipo de tabaco também referido por vezes como tabaco de cuspir (porque depois da sua utilização era cuspidado) está muito associado aos anos 20 à prática do *baseball* americano e que era, tal como o tabaco de fumar, viciante à nicotina e com consequências também muito análogas como o aparecimento de cancro oral.

O tabaco de snifar e mascar também estão relacionados com o aparecimento de cancro oral. Um estudo nos EUA descreve que os indivíduos que usam de forma contínua o “*rapé*” têm quatro vezes mais probabilidades de adquirir cancro oral que a população em geral, tal como o tabaco de mascar, mas com um risco inferior. (Swango, 1996)

1.3.2. TABAGISMO EM PORTUGAL

A introdução do tabaco na Europa data do século XVI, resultado das trocas comerciais na época dos descobrimentos, e rapidamente expandiu para países africanos e asiáticos.

Desde os anos 70 em Portugal o número de cigarros fumados per capita e por ano tem subido gradualmente, apesar de algumas oscilações com um pico máximo de 2203 cigarros por adulto em 1990 (Gráfico1).

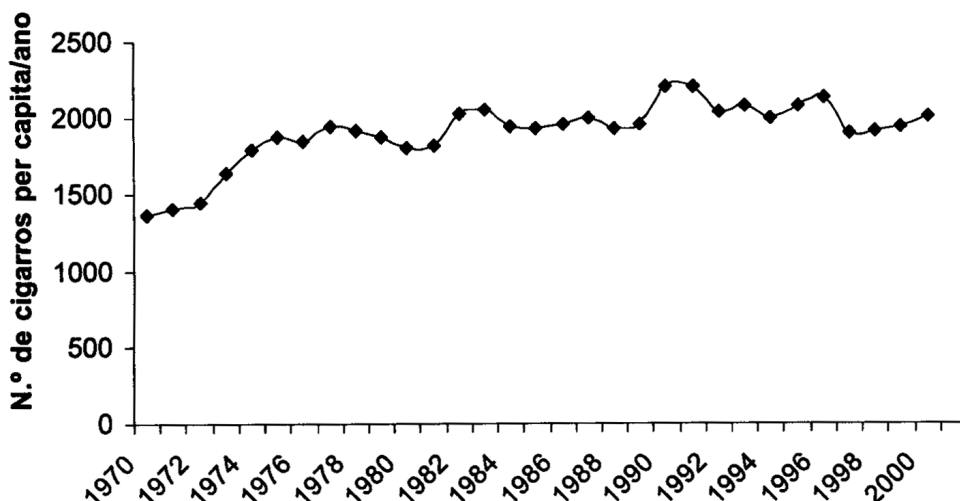


GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE TABACO EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS TRÊS DÉCADAS.

FONTE: DADOS SOBRE CONSUMO DE TABACO. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002.

Dados relativos aos hábitos tabágicos em Portugal revelam que a prevalência de fumadores do sexo masculino é maior, enquanto que a prevalência de mulheres fumadoras tem aumentado progressivamente ao longo do tempo, factor preocupante porque pode afectar a função reprodutiva e provocar consequências a nível da gravidez. É importante realçar que a proporção de mulheres portuguesas que fumam diariamente é inferior à média europeia mas estes dados demonstram a possibilidade de Portugal se estar a aproximar do padrão de consumo dos países europeus e da maioria dos países desenvolvidos.

A prevalência de fumadores, comparando diferentes etapas etárias, é maior entre os 25 e os 34 anos (Gráfico 2) em ambos os sexos e a

prevalência aumenta nas mulheres ao contrário do que acontece nos homens. As prevalências mais baixas apresentam-se nas faixas etárias acima dos 65 anos, principalmente no sexo feminino. Existem diferenças entre o consumo de cigarros entre as zonas rurais e urbanas no país, sendo superior nas zonas urbanas. (Fraga, et al., 2005)

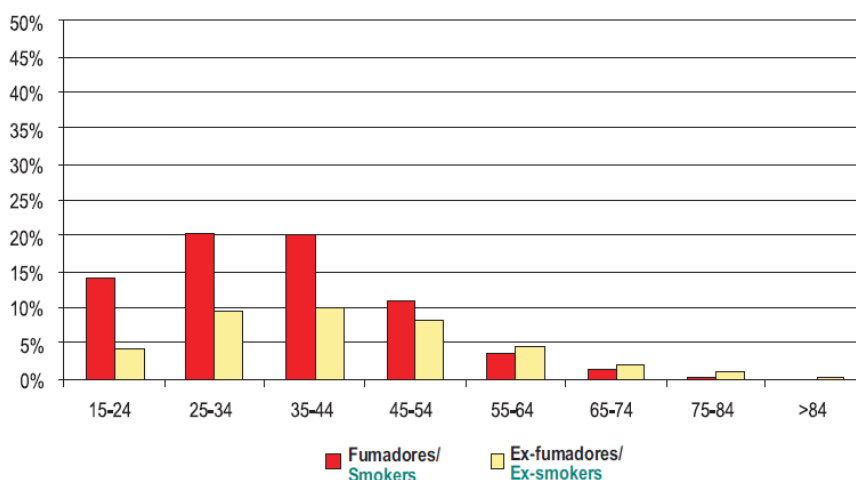


GRÁFICO 2 - PREVALÊNCIA DE TABAGISMO POR GRUPOS ETÁRIOS: HOMENS

Nos últimos anos tem-se verificado que tanto os homens como as mulheres portuguesas têm um início dos hábitos tabágicos cada vez mais cedo, acompanhando a tendência mundial, o que revela por parte do Estado e das organizações responsáveis pelas áreas da saúde, medidas e políticas pouco eficazes. Medidas como, por exemplo, o aumento dos preços praticados nos derivados do tabaco que atualmente não desincentivam o seu consumo, principalmente entre os mais jovens. (Fraga, Ramos, & Barros, Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados, 2006)

Tem-se verificado que as crianças e adolescentes com progenitores fumadores têm maior probabilidade de se tornarem fumadores, ou mesmo no caso de existirem irmãos mais velhos. Neste estudo também se observou que existe uma relação de dose-efeito entre o facto de os pais fumarem e os filhos iniciarem os hábitos tabágicos. Em famílias monoparentais os filhos de fumadores têm tendência a desenvolver estes hábitos com maior probabilidade, principalmente nas raparigas (Fraga, Ramos, & Barros , Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados, 2006)

Na sociedade portuguesa os jovens, tal como noutras sociedades, tendem a ter comportamentos e atitudes similares entre eles e o tabagismo não é exceção. Daí a grande importância de os pais observarem as companhias dos filhos, como forma de evitar o início destes hábitos. (Fraga, Ramos, & Barros , Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados, 2006).

1.3.3. HÁBITOS TABÁGICOS E SAÚDE ORAL

Os hábitos tabágicos são responsáveis por muitas das doenças visíveis nos pacientes, mas a saúde oral é sem dúvida uma parte muito afectada. As alterações mais frequentes a nível oral são os cancrois orais e o agravamento do estado periodontal do indivíduo (World Health Organization International agency for research on cancer, 2004).

Na Tabela 1 é possível observar qual o risco relativo (neste caso o rácio entre o risco de doença ou morte para uma população exposta ao hábito tabágicos e o risco para uma população não exposta) para o género

masculino e feminino e para fumadores e ex-fumadores de desenvolverem complicações provenientes dos hábitos tabágicos, como é o exemplo das neoplasias malignas, das doenças cardiovasculares, das doenças vasculares e cerebrais ou mesmo das doenças respiratórias.

Através destas estimativas de risco relativo do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA (Borges, Gouveia, Costa, Pinheiro, Paulo, & Carneiro, 2009), foi possível chegar a várias conclusões, das quais se destacam as seguintes:

O risco relativo diminui quando um fumador passa a ex-fumador mas permanece sempre superior aos não fumadores;

Existem riscos relativos de valores muito elevados (superiores a 10) associados ao tabagismo, dos quais se podem destacar as neoplasias malignas presentes nos pulmões, nos lábios, na cavidade oral, na faringe, na laringe ou mesmo a nível das doenças respiratórias;

As patologias observadas nos homens têm sempre um risco relativo superior ao das mulheres e a prevalência também é superior. Mesmo que a prevalência seja igual, o risco relativo vai ser sempre superior;

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Riscos relativos	Homens		Mulheres	
	Fumadores	Ex-fumadores	Fumadoras	Ex-fumadoras
Neoplasias malignas				
Lábios, cavidade oral, faringe	10,89	3,4	5,08	2,29
Esôfago	6,76	4,46	7,75	2,79
Estômago	1,96	1,47	1,36	1,32
Pâncreas	2,31	1,15	2,25	1,55
Laringe	14,6	6,34	13,02	5,16
Traqueia, pulmões, brônquios	23,26	8,7	12,69	4,53
Cólo do útero	-	-	1,59	1,14
Rim	2,72	1,73	1,29	1,05
Bexiga	3,27	2,09	2,22	1,89
Doenças cardiovasculares				
Doença isquêmica cardíaca				
Idades 35-64	2,8	1,64	3,08	1,32
Idades 65+	1,51	1,21	1,6	1,2
Outras doenças cardíacas	1,78	1,22	1,49	1,14
Doenças vasculares cerebrais				
Idades 35-64	3,27	1,04	4	1,3
Idades 65+	1,63	1,04	1,49	1,03
Aterosclerose	2,44	1,33	1,83	1
Outras doenças arteriais	2,07	1,01	2,17	1,12
Doenças respiratórias				
Pneumonia, gripe	1,75	1,36	2,17	1,1
Bronquite, enfisema	17,1	15,64	12,04	11,77

Tabela 1 - Prevalência de tabagismo por grupos etários: Homens

1.4. LESÕES NA MUCOSA ORAL

O cancro oral e da faringe tem vindo a aumentar em todos os países no mundo, surgindo por volta de 300.000 novos casos por ano, dos quais 32.000 dos cancros diagnosticados pertencem à União Europeia. Atualmente existe uma proporção de homens/mulheres de cancro oral de 2:1 enquanto que nos anos 80 existia uma proporção de 6:1, o que evidencia o aumento do hábito tabágicos por parte do género feminino.

As doenças da mucosa oral também são muito significativas nos pacientes fumadores, uma das patologias mais frequentes são os carcinomas espinho-celulares que representam 90% da malignidade oral (Mirbid & Ahing, 2000).

Das doenças e alterações causadas ou relacionadas com o tabaco nos tecidos moles podemos realçar o cancro oral, leucoplasias homogéneas, leucoplasias não homogéneas (leucoplasias nodulares, eritroleucoplasias), leucoplasias verrugosas, estomatite nicotínica, melanose do fumador, gengivite ulcerativa necrotizante aguda, leucoedema, candidíase hiperplásica crónica, glossite romboide mediana, língua pilosa, líquen plano, queratose do tabaco sem fumo e halitose. (Mecklenburg, 2000)

1.4.1. LEUCOPLASIAS

As leucoplasias orais são as lesões pré-cancerosas mais frequentes na mucosa oral e são definidas como uma lesão predominantemente branca na mucosa oral que não se pode classificar como outra lesão específica e na qual existem características que possibilitam o desenvolvimento de cancro oral. As leucoplasias orais consistem num

diagnóstico provisório pois o diagnóstico definitivo só pode ser feito depois dos resultados da biopsia e/ou de acordo com a anamnese.

Um dos factores etiológicos mais comuns das leucoplasias é o tabaco como confirma um estudo feito nos Estados Unidos da América

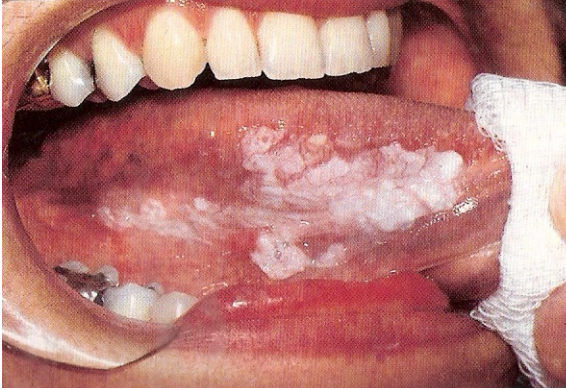


FIGURA 1 - LEUCOPLASIA PRESENTE NA LÍNGUA

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

em 2004 num estudo com 15.811 indivíduos. (Dietrich, Reichart, & Scheifele, 2004).

Todas as outras formas de utilizar tabaco sem fumo também estão relacionadas com o aparecimento de leucoplasia oral. Como nem todas as lesões de leucoplasia oral têm uma etiologia definida estas passam a designar-se de leucoplasias idiopáticas.

As leucoplasias dividem-se em leucoplasias homogéneas e não homogéneas. As últimas dividem-se em leucoeritroplasias, exofíticas e nodulares. As leucoplasias homogéneas correspondem a lesões uniformemente brancas de espessura fina e consistência mole que podem ter na sua aparência pequenas fendas, pelo contrário as leucoplasias não homogéneas apresentam zonas de cor branca ou vermelha com uma superfície irregular, nodular ou exofítica. As leucoplasias podem ser

classificadas segundo o tamanho, os resultados histológicos e segundo a presença ou não de displasia segundo a tabela nº 2.

Classificação e Sistema de estadiamento de uma leucoplasia oral
L (tamanho da leucoplasia) <ul style="list-style-type: none">• L₁-Tamanho de uma ou mais leucoplasias juntas < 2cm.• L₂-Tamanho de uma ou mais leucoplasias juntas 2-4cm.• L₃-Tamanho de uma ou mais leucoplasias juntas > 4cm.• L_x-Tamanho não especificado.
P (Patologia) <ul style="list-style-type: none">• P₀- Sem displasia epitelial• P₁- Presença de displasia epitelial• P_x- Ausência ou presença de displasia epitelial não especificada
Estádios <ul style="list-style-type: none">• Estadio I: L₁- P₀• Estadio II: L₂- P₀• Estadio III: L₃P₀ ou L₁L₂- P₁• Estadio IV: L₃- P₁
(Van der Waal & Axell, 2002)

TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO E SISTEMA DE ESTADIAMENTO DE UMA LEUCOPLASIA ORAL

A identificação de factores de risco das leucoplasias depende da localização (as leucoplasias localizadas no pavimento oral têm grande probabilidade de se tornarem malignas), do tipo clínico (as leucoplasias não homogêneas têm um alto grau de displasias e têm maior tendência a gerar situações de malignidade), da presença de displasia (esta presença representa um maior risco de obter lesões malignas, mas é preciso ter em conta que existem lesões sem displasia que evoluem muito mais rápido

para lesões malignas ou seja o grau de displasia não é diretamente proporcional ao risco potencial de malignização), ou mesmo de marcadores biomoleculares.

O tratamento consiste em eliminar as possíveis causas e esperar 15 a 21 dias, se a lesão persistir deve-se fazer biopsia, excisional em lesões de pequenas dimensões ou incisional em lesões de maiores dimensões. Depois de obtermos o resultado histológico, se não houver sinais de displasia deve-se controlar a cada 6 meses caso contrário, se houver sinais de displasia, deve-se proceder à excisão da lesão e proceder ao controlo de 6 em 6 meses. (Sala & García, 2005)

1.4.1.1. LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA

As leucoplasias verrugosas proliferativas (LVP) começam em pequenas placas leucoplásicas, aumentando de tamanho e cobrindo grande parte da mucosa oral tornando-se multifocal. Apesar do seu crescimento

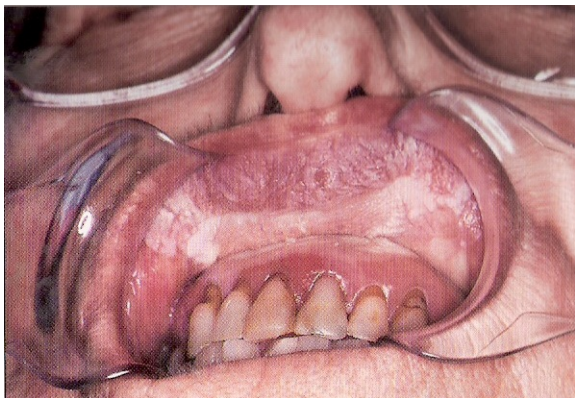


FIGURA 2 - LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

lento estas lesões tornam-se exofíticas e adquirem um aspecto verrucoso e têm um carácter persistente e difícil de tratar, pois apresenta grande resistência aos tratamentos e uma grande capacidade de recidivar, podendo em casos mais graves transformar-se em carcinomas verrucosos e carcinomas orais de células escamosas. A sequência de malignização das leucoplasias verrugosas proliferativas consiste numa simples hiperqueratose que evolui para hiperplasia verrugosa, depois para carcinoma verrugoso e por fim com maior malignidade os carcinomas orais de células escamosas.

A etiologia destas lesões é apontada por vários autores que provém do papiloma vírus humano, mais especificamente do HPV-16 e do HPV-18, mas em alguns estudos a detecção desse vírus não foi verificada (Fetting, Pogrel, Silverman, Bramanti, Costa, & Regezi, 2000).

A relação da LVP com o tabaco foi primeiramente tido em conta como uma das maiores causadoras desta lesão, mas mais tarde alguns estudos revelaram percentagens de apenas 31% ou mesmo 23% de indivíduos com LVP com hábitos tabágicos (Sala & García, 2005).

Como características clínicas estas lesões podem ser encontradas em qualquer localização da cavidade oral, sendo multifocal e muito comum na mucosa jugal e nas gengivas. O diagnóstico é feito de forma retrospectiva, pois inicialmente tem um aspecto inócuo, mas com o passar do tempo vai adquirindo um tamanho maior, novas áreas e vai possibilitando o desenvolvimento de lesões mais carcinogéneas.

O tratamento consiste na remoção cirúrgica convencional ou por laser, e pode ser conjugado com um antiviral como o metisoprinol, pois segundo Femiano y cols, esta conjugação diminui o número de recidivas (Femiano, Gombos, & Scully, 2001).

Esta lesão pré-cancerosa é muito importante porque tem uma taxa da malignização muito alta como também uma taxa de recidiva igualmente alta, devendo ser controlada com a maior frequência possível.

1.4.2. ERITROPLASIAS

As eritroplasias são lesões encontradas na mucosa oral, de cor vermelha, que não se podem caracterizar clinicamente como outra lesão conhecida. Estas aparecem principalmente em homens adultos e consistem em placas vermelhas, moles, geralmente assintomáticas, mas em alguns casos pode haver sintomatologia de queimadura ou dor.



FIGURA 3 - ERITROPLASIA PRESENTE NO BORDO LATERAL DIREITO DA LÍNGUA

FONTE:

[HTTP://GSDL.BVS.SLD.CU/GREENSTONE/COLLECT/ESTOMATO/INDEX/ASSOC/HASH85EA.DIR/FIG26A03.PNG](http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/collect/estomato/index/assoc/HASH85EA.DIR/FIG26A03.PNG)

Os locais onde estas lesões aparecem com maior frequência são o pavimento oral, os bordos laterais da língua, as zonas retromolares e o palato mole. Apesar de estas lesões se encontrarem com menor frequência que as leucoplasias, as eritroplasias têm maior tendência a apresentar displasia nas biopsias e a desenvolver carcinomas. Num estudo de Shafer e Waldron de 65 casos de eritroplasia, verificaram que todos os

indivíduos apresentavam displasia, que 51% eram já carcinomas invasivos de células escamosas e que 40% tinham carcinoma *in situ*, os restante 9% apresentavam sinais de ligeira a moderada displasia (Sala & García, 2005).

1.4.3. MELANOSE DO FUMADOR

A melanose do fumador consiste num aumento da pigmentação de melanina na cavidade oral e está frequentemente associado a indivíduos com hábitos tabágicos regulares. Estas lesões não são pré-malignas nem apresentam displasia, mas indicam um uso frequente de hábito tabágicos. Grande parte destas lesões é observada principalmente na mucosa labial, no pavimento oral, nas gengivas na língua e nas regiões jugais. As



FIGURA 4 - MELANOSE DO FUMADOR

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

lesões são assintomáticas, lisas e têm uma cor acastanhada.

Muitos fumadores pensam que a melanose do fumador consiste numa impregnação do fumo do tabaco, mas estas lesões resultam do aumento de produção de melanina pelos melanócitos, pois acredita-se que os produtos do tabaco com fumo estimulam esta produção que em

conjunto com as hormonas femininas pode ter um efeito superior. Num fumador a temperatura a que os tecidos ficam sujeitos também pode ser a razão pela qual existe esta produção de melanina, porque nos consumidores de tabaco sem fumo estas lesões não aparecem.

O diagnóstico é feito principalmente pela história clínica. Apenas em casos de alterações da lesão como endurecimento, ulceração ou um escurecimento muito severo é que é necessário executar uma biópsia. Apesar de não ser uma lesão perigosa, a cessação tabágica é aconselhada e a pigmentação pode diminuir consideravelmente ou mesmo em alguns casos regressar a uma aparência normal (Marx & Stern, 2003).

Histologicamente o número de melanócitos não está aumentado, mas há uma produção aumentada de melanina na camada basal e por vezes também se observa pigmentação no epitélio.

1.4.4. LÍQUEN PLANO

O líquen plano consiste numa doença inflamatória (fenómenos de hipersensibilidade tipo IV) crónica de origem desconhecida, que pode afectar a cavidade oral, a pele, as unhas, couro cabeludo e outras mucosas.

Estas lesões são desencadeadas por estados de ansiedade, de depressão e alguns factores irritativos como a placa dentária ou dentes que traumatizem a língua. São agravantes destas lesões desencadeando formas atróficas e erosivas. O tratamento destas lesões consiste no uso de anti-inflamatórios num planeamento essencialmente sintomático.



FIGURA 5 - LÍQUEN PLANO. FONTE: [HTTP://WWW.UV.ES/MEDICINA-ORAL/DOCENCIA/ATLAS/LIQUEN/2002.JPG](http://www.uv.es/MEDICINA-ORAL/DOCENCIA/ATLAS/LIQUEN/2002.JPG)

Os locais intra-orais mais frequentes são a mucosa jugal, a língua e as gengivas num padrão quase sempre simétrico. O diagnóstico destas lesões é feito sempre conjugando os dados clínicos com os resultados histopatológicos (Marx & Stern, 2003).

1.4.5. CARCINOMA ORAL

A detecção precoce de lesões pré-malignas é muito importante, pois as lesões podem evoluir para uma fase maligna. Durante a fase maligna um diagnóstico precoce pode significar 80% de sobrevivência aos 5 anos, caso contrário quando é diagnosticado numa fase avançada pode significar 35% de sobrevivência aos 5 anos (Sala & García, 2005).

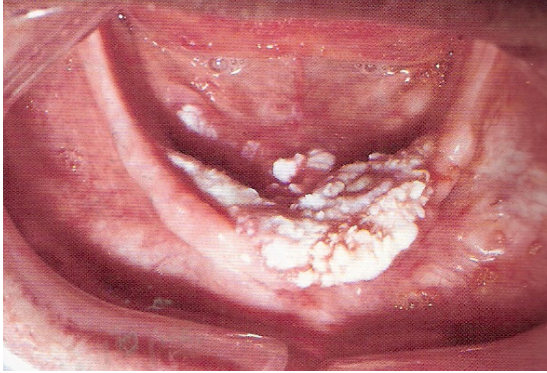


FIGURA 6 - – CARCINOMA VERRUCOSO NO REBORDO ALVEOLAR

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

Um carcinoma numa fase inicial pode ter as seguintes características clínicas:

- Lesão eritroplásica persistente com duração superior a 30-40 dias que não seja resultado de lesões traumáticas;
- Lesão leucoeritroplásica persistente;
- Lesões com erosão e ulceração com menos de 1cm com bordos invertidos e dura à palpação;
- Tumorigeração pequena de aspecto verrugoso.

1.4.6. LEUCOPLASIAS/ERITROPLASIAS

As leucoplasias/eritroplasias são um dos grandes dilemas na medicina dentária, pois pode representar apenas uma hiperqueratose benigna como pode representar um carcinoma espinho-celular invasivo. Geralmente apresentam um padrão difuso numa grande extensão,

dificultando a localização da biopsia. Estas lesões podem ter uma



FIGURA 7 – LEUCOPLASIA / ERITROPLASIA DA LÍNGUA REPRESENTADA POR UMA HIPERQUERATOSE BENIGNA, VÁRIAS DISPLASIAS E CARCINOMA *IN SITU*.

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

aparência branca (leucoplasias), branca com pequenos pontilhados vermelhos de mucosa normal ou mesmo com zonas vermelhas e zonas brancas (leucoeritroplasia) (Marx & Stern, 2003).

1.4.7. ESTOMATITE NICOTÍNICA

A estomatite nicotínica é característica em indivíduos que fumam com muita frequência cigarros ou charutos. A aparência clínica e a sua evolução dependem da frequência do hábito e aumentam quando se fuma tabaco de várias formas. Estas lesões aparecem principalmente no palato duro, podendo envolver uma pequena porção do palato mole.

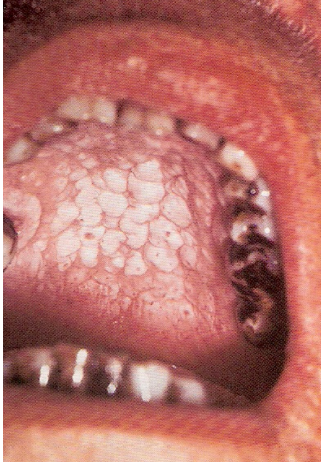


FIGURA 8 – ESTOMATITE NICOTÍNICA QUE REPRESENTA UMA LEUCOPLASIA COM PONTOS FOCAIS INFLAMATÓRIOS QUE REPRESENTAM AS ABERTURAS DAS GLÂNDULAS MINOR INFLAMADAS.

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

As lesões apresentam uma cor branca e uma espessura aumentada, devido à acantose e à hiperqueratose e apresenta linhas de mucosa normal a rodear as áreas brancas, assim como pontos vermelhos no centro das lesões brancas, que representam uma inflamação das aberturas das glândulas salivares minor. Esta aparência é provocada pela exposição ao tabaco, mas também pode ser causada pela exposição frequente do palato a líquidos quentes.

O diagnóstico diferencial é feito de acordo com a história clínica e facilitado pela aparência típica da lesão.

O tratamento destas lesões consiste na cessação tabágica, que apresenta melhorias ao fim de alguns meses.

O prognóstico destas lesões no palato não é grave pois não representam lesões pré-malignas, mas realçam a importância de controlar os outros tecidos da cavidade oral que são mais susceptíveis a criar

características malignas e assim fazer um controlo das outras áreas na cavidade oral (Marx & Stern, 2003).

1.4.8. CANDIDÍASE HIPERPLÁSICA

A Candidíase oral é uma infecção fúngica geralmente causada pela presença de *Candida albicans* que provocou alterações nos

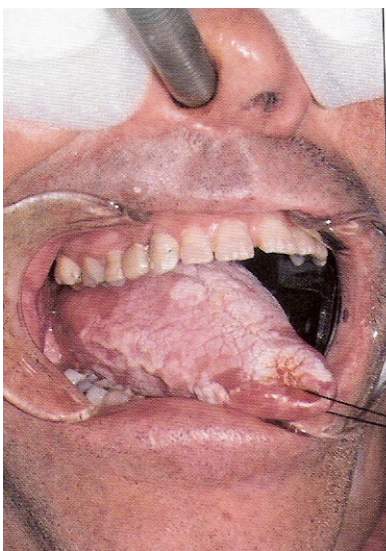


FIGURA 9 – CANDIDÍASE HIPERPLÁSICA

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

mecanismos de defesa do organismo. Apesar da *Candida albicans* ser a causa mais comum, outras espécies podem causar candidíase como a *Candida pseudotropicalis*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis* e a *Candida guilliermondii*, que são de muita importância, pois estas são resistentes ao fluconazole.

A infecção geralmente aparece como uma lesão espessa, branca ou de cor creme, na língua, região jugal, gengivas, amígdalas e palato. A mucosa infectada pode demonstrar-se inflamada.

O tratamento consiste na utilização de antifúngicos tópicos, fármacos como a nistatina ou miconazol. A terapia tópica é dada como uma suspensão oral, que é bochechada e depois engolida pelo paciente.

A candidíase hiperplásica aparece quando as lesões de candidíase se elevam e se demonstram com um volume aumentado. Esta lesão muito dificilmente se destaca, uma vez que se torna associada a uma resposta acantótica. Além disso, ao longo do tempo poderá imitar as características clínicas de um líquen plano, de um carcinoma verrucoso, ou mesmo de um carcinoma de células escamosas (Marx & Stern, 2003).

1.4.9. GLOSSITE ROMBOIDE MEDIANA

A glossite romboide mediana observa-se na parte posterior, na linha média do dorso da língua, geralmente assintomática, com um aspecto eritmatoso e romboide. Esta está geralmente associada a uma infecção causada por cândida e geralmente ocorre em pacientes mais idosos. As lesões são benignas, geralmente menores de 2 cm e têm uma superfície plana e lisa, podendo apresentar um aspecto verrucoso sendo por vezes confundidas com eritroplasias.



FIGURA 10 – GLOSSITE ROMBOIDE MEDIANA NO DORSO POSTERIOR DA LÍNGUA, QUE REPRESENTA UM LOCAL INFLAMADO E PAPILAS FILIFORMES ATRÓFICAS. FONTE: (MARX & STERN, 2003)

Como tratamento pode-se utilizar uma terapia antifúngica que vai permitir a redução da inflamação e do eritema. Arendorf et al observaram que uma grande percentagem (85%) dos indivíduos analisados com glossite romboide mediana são fumadores comparativamente com a proporção correspondente (41%) de indivíduos controlo com o género e idades correspondentes. (Arendorf & Walker, 1984).

O uso de tabaco e o uso contínuo de próteses são indicados como possíveis causas destas lesões, pois favorecem o desenvolvimento de *C. albicans* no dorso da língua.

1.4.10. LÍNGUA PILOSA

A lesão apresenta uma área escura com pequenas zonas vermelhas e brancas localizadas no dorso da língua. Geralmente os pacientes referem um ardor/dor na língua ou mesmo até dificuldade em engolir. Histologicamente, representa uma infecção bacteriana por microrganismos cromogénicos (*cromogenic bacteria*). Apesar de se poder

encontrar *Candida albicans*, esta não é a causadora primária da



FIGURA 11 – LÍNGUA PILOSA

FONTE: (MARX & STERN, 2003)

infecção, e qualquer terapêutica específica para *C. albicans* não vai solucionar o estado clínico.

A aparência clínica “pilosa” é justificada pelos prolongamentos das papilas filiformes e pelas culturas bacteriológicas associadas.

A língua pilosa tem características muito únicas, e apesar de se poder desenvolver num indivíduo normal através de um aumento não explicável de determinados microrganismos, também é frequente a observação destas lesões em indivíduos com medicação sistémica com esteróides, pacientes que abusam no uso de certos colutórios, fumadores, indivíduos imunodeprimidos, pacientes sob terapêutica antibiótica sistémica ou antifúngica (Marx & Stern, 2003).

1.4.12. QUERATOSE DO TABACO SEM FUMO

A queratose do tabaco sem fumo é caracterizada, clinicamente, muito semelhante a uma leucoplasia mas com ligeiras diferenças.



FIGURA 12 – QUERATOSES DO TABACO SEM FUMO

FONTE:

[HTTP://WWW.EGYDENTAL.COM/VB/SHOWTHREAD.PHP?9604-MOST-COMMON-ABNORMALITIES-OF-THE-ORAL-CAVITY](http://www.egy dental.com/vb/showthread.php?9604-most-common-abnormalities-of-the-oral-cavity)

Geralmente apresenta uma aparência translúcida ao contrário de uma placa intensamente branca, e com uma aparência microscópica diferente de um simples excesso de queratina, pelo qual a leucoplasia é caracterizada. Também está localizada apenas em áreas de contato direto com o tabaco de mascar ou rapé e quando os hábitos acabam, as lesões acabam por reverter para uma mucosa normal. Apesar de não existem certezas se a queratose de tabaco pode ser uma entidade pré-cancerosa, sabe-se que o potencial de malignidade da queratose é 10 vezes menor do que o da leucoplasia. Lesões mais enrugadas e com uma aparência branca mais intensa representam lesões com um grau de desenvolvimento maior, mas esta aparência clínica não tem correlação com o grau de malignização da lesão.

As lesões resultantes do tabaco sem fumo têm um maior risco de se tornarem malignas quando não desaparecerem depois da cessação tabágica. Se após 2 meses a lesão se mantiver, significa que se desenvolveu uma leucoplasia ou significa que esta estava “disfarçada” na queratose de tabaco sem fumo anterior (Grady, Ernster, & Stillman, 1991).

1.5. PROBLEMAS PERIODONTAIS

O fumo do cigarro é considerado atualmente como um dos factores de risco mais significativos na previsão do aparecimento e desenvolvimento da periodontite, sendo por isso importante o conhecimento preciso das suas propriedades e mecanismos de ação. (Carranza, Newman, & Takei, 2002)



FIGURA 13 – DENTES COM DOENÇA PERIODONTAL

FONTE:

[HTTP://WWW.ORALMED-](http://www.oralmed-)

[DF.COM.BR/ESPECIALIDADES_PERIODONTIA.HTM](http://www.oralmed-df.com.br/especialidades_periodontia.htm)

O tabagismo está associado ao agravamento dos problemas periodontais, sendo atualmente das causas mais importantes de desconforto e de perda dentária (Piassi, Lara, Fonseca, & Fagundes, 2005).

Vários estudos indicam que os fumadores não respondem de forma semelhante à terapêutica periodontal instituída, comparativamente aos não fumadores. (Carranza, Newman, & Takei, 2002)

A Tabela 3 representa um resumo dos estudos mais recentes que relacionam o tabagismo com o agravamento de doença periodontal, realizado em diferentes pontos do mundo que demonstram o agravamento do estado periodontal em fumadores, apesar da diversidade cultural

First author	Pub. year	Nation	Study type	Study size (n)	Age range	CS (n)	FS (n)	NS (n)	Endpoint	Effect CS	Effect FS
Baharin	2006	England	Cross	88	46-60	39		49	PD, BH	1	
Borges-Yanez	2006	Mexico	Cross	315	60-80+	31	226	58	AL	0	
Buduneli	2006	Turkey	Cross	40	25-58	23		17	PD, GB, TEETH	1	
Levin	2006	Israel	Cross	642	18-30	256		385	PD, BH	1	
Ojima	2006	Japan	Cross	4828	20-93	1207	572	3049	CPI	1	1
Okamoto	2006	Japan	Cohort	1332	30-59	625	384	323	TEETH, CPI	1	0
Shimazaki	2006	Japan	Cross	958	40-79	174	144	640	AL, PD, GB	1	1
Van d Velden	2006	Indonesia	Cohort	128	15-25	53		75	AL, PD	0	
Kibayashi	2007	Japan	Cohort	219	18-63	108		111	PD	1	
Linden	2007	N Ireland	Cross	1362	60-70	233	593	544	AL, PD	1	1
Nicolau	2007	Brazil	Cross	251		46	45	160	AL	1	1
Thomson	2007	N Zealand	Cohort	810	32-32	255	141	414	AL	1	0
Wang	2007	China	Cross	1590	25-69	430	90	1032	AL, PD	1	1
Al-Bayaty	2008	Yemen	Cross	2506	15-64	548		1958	TEETH	1	
Do	2008	Australia	Cross	3161	15-65	500	842	2206	AL, PD	1	1
Rosa	2008	Argentina	Cohort	81	17-26	42		39	AL, BH, GR	1	
Vered	2008	Israel	Cross	7056	20-21	2487		4503	CPI	1	
Ylostalo	2008	Finland	Cross	2841	30-49	833	681	1325	PD	1	

PD Pocket Depth
AL Attachment Loss
BH Bone Height
CPI Community Periodontal Index

TABELA 3 - RESUMO DE VÁRIOS ESTUDOS COM RELACIONAM O TABAGISMO COM A DOENÇA PERIODONTAL. CS= FUMADOR ACTIVO, FS= FUMADOR OCASIONAL, NS= NÃO FUMADOR. O "EFFECT" "0" SIGNIFICA QUE NÃO SE VERIFICOU A RELAÇÃO E O "1" SIGNIFICA QUE SE VERIFICOU A RELAÇÃO

existente (Warnakulasuriya, et al., 2010).

Em 1980 foi referenciado que o efeito do fumo do tabaco não provocava aumento da placa bacteriana e dos cálculos dentários (Marcos, 1980), assim como a gengivite não se agravava, mas pelo contrário, outros afirmaram que a gengivite e a doença periodontal se agravavam.

Em 1997 demonstra-se o efeito nocivo do fumo na cicatrização após terapia periodontal. Demonstrou-se ainda que o fumo do tabaco altera a estrutura dentária podendo provocar leucoplasia da gengiva, estomatite nicotínica, agravamento da cicatrização, agravamento das doenças periodontais e favorece a acumulação da placa dentária (principalmente em fumadores de cachimbo) (Carranza F. J., 1997).

Em 2002 pesquisaram-se os efeitos que o fumo provoca nos fibroblastos, de forma a provar que fumar provoca o agravamento do estado periodontal e através de testes microbiológicos conseguiu-se provar que os subprodutos do tabaco podem alterar a cicatrização pelo dano direto às células normais do tecido do periodonto. As propriedades das células como a adesão, a morfologia, a proliferação e a síntese protéica são afectadas pela nicotina, cotinina e aldeídos podendo em doses elevadas provocar a morte celular. A cotinina (um dos principais metabolitos da nicotina) em grandes concentrações (ou seja em fumadores crónicos) provoca a diminuição da aderência, da proliferação dos fibroblastos do ligamento periodontal. Os aldeídos (componentes voláteis do fumo) provocam a diminuição da adesão e proliferação dos fibroblastos gengivais e podem mesmo provocar morte celular. (Martinez & Rossa, 2002)

As alterações provocadas pelo fumo do tabaco provocam várias alterações a nível oral, as quais podemos realçar a alteração do biofilme

oral, aumento da quantidade de cálculos, o aumento das bolsas periodontais, a diminuição da inflamação, a diminuição da vascularização provocada pela constrição dos vasos sanguíneos, o aumento de mobilidade e o agravamento de uma doença periodontal pré-existente. (Piassi, Lara, Fonseca, & Fagundes, 2005)

O relacionamento entre o uso de tabaco e a presença de doenças periodontais, mais especificamente a relação entre o uso de tabaco e a GUNA (Gengivite ulcerativa necrosante aguda) já está descrito desde os anos 40 (PINDBORG, 1947), e desde então todos estudos têm evidenciado esse facto.

A GUNA está fortemente relacionada com o uso do tabaco. Segundo um estudo, noventa e oito por cento dos pacientes com GUNA são fumadores, e as pessoas que fumam mais de 10 cigarros por dia têm um aumento dez vezes superior na prevalência da GUNA comparativamente aos não fumadores. A causa específica da GUNA é, obviamente desconhecida, mas esta ocorre mais frequentemente em adolescentes e jovens adultos, pode resultar de uma alteração na função dos neutrófilos, promovendo um desequilíbrio bacteriano e/ou viral (citomegalovírus) dos tecidos gengivais. A ação vasoconstritora dos componentes do tabaco, nomeadamente da nicotina, entre outros, contribui fortemente para a necrose tecidual, ulceração e dor local.

Fumar parece contribuir tanto para o agravamento da terapia periodontal como para a evolução para periodontite. De facto, Miller concluiu que nenhum factor pós-operatório contribui mais para o fracasso das cirurgias periodontais que este hábito.

Os pacientes que deixam de fumar algum tempo antes da cirurgia periodontal e que não fumam durante algumas semanas após a cirurgia, têm uma taxa de sucesso semelhante à dos não fumadores (Miller, 1990).

A taxa de sucesso de colocação de implantes pode ser gravemente condicionada num paciente que tenha hábitos tabágicos. Alguns estudos demonstram que deixar de fumar aumenta a taxa de sucesso na reabilitação oral por implantes e o facto de o paciente não ser fumador aumenta a taxa de sucesso duas vezes mais que nos fumadores (Bain & Moy, 1993).

1.6. INDICADORES DE SAÚDE ORAL

1.6.1. ÍNDICE CPO

Segundo os critérios de classificação da Organização Mundial de Saúde, o índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) é calculado segundo as seguintes fórmulas:

Índice CPOD

$$= \frac{\text{Número de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados}}{\text{número total de indivíduos observados}}$$

Índice ceod

$$= \frac{\text{Número de dentes decíduos cariados, extraídos por cárie e obturados}}{\text{número total de indivíduos observados}}$$

No exame do paciente os dentes são classificados em números (que correspondem aos dentes definitivos) e em letras (que correspondem aos dentes decíduos), sendo classificado segundo os seguintes códigos :

- 0 (A) – Dente hígido
 - Não há evidência de cárie e devem ser considerados hígidos dentes com manchas esbranquiçadas, com descoloração ou manchas rugosas resistentes à sonda, com sulcos e fissuras de esmalte com manchas, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa ou mesmo em lesões de abrasão.

Todas as lesões questionáveis devem ser classificadas como dente hígido.

- 1 (B) – Dente cariado
 - Quando um sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte, quando há uma restauração temporária (excepto ionómero de vidro). Quando surge uma cárie inativa esta deve ser registada como dente cariado.
- 2 (C) – Dente restaurado mas com cárie
 - Quando existe uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo existe uma ou mais regiões cariadas. Não existe distinção se as cáries são primárias ou secundárias.
- 3(D) – Dente restaurado não cariado
 - Existem uma ou mais restaurações e não existem cáries primárias nem secundárias, e dentes com prótese fixa unitária devido a cárie.
- 4(E) – Dente perdido devido a cárie
 - Dentes definitivos ou decíduos extraídos apenas devido a cárie. No caso dos dentes decíduos apenas são contabilizados os que se encontram fora do período da sua erupção fisiológica
- 5(F) – Dente perdido por outra razão
 - Destes ausentes devido a tratamentos ortodônticos, problemas periodontais, traumáticos ou congénitos.

- 6(G) – Selantes
 - Quando um dente apresenta um selante na superfície oclusal ou quando a face oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente apresenta cárie o código que prevalece é o 1 ou B.
- 7(H) – Apoio de ponte ou coroa
 - Quando um dente faz parte de um prótese fixa, quando apresenta uma faceta.
- 8(K) – Coroa não erupcionada
 - Quando o dente permanente ou decíduo ainda não está erupcionado atendendo apenas à cronologia da erupção. Não estão incluídos dentes perdidos por problemas congénitos ou por trauma.
- T(T) – Trauma
 - Dente em que parte da coroa está ausente e não apresenta sinais evidentes de cárie.
- 9(L) – Dente não registado
 - Quando existe algum dente que não pode ser observado (aparelhos ortodônticos ou hipoplasias severas).

No registo dos exames deve-se ter em conta que cada dente recebe apenas uma classificação, no caso de existir um dente permanente e um dente decíduo o primeiro é que deve ser registado. Não são contados como extraídos os dentes decíduos ausentes na arcada e só é considerado erupcionado o dente que atravessou a fibromucosa e pode ser sondado.

Com o valor de CPOD é possível verificar a severidade presente na amostra, sendo que é muito baixa de 0,1 a 1,1, baixa de 1,2 a 2,6, moderada de 2,7 a 4,4 e elevada de 4,5 a 6,5. (Pereira, 2003)

1.6.2. ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY

O índice de placa de O'Leary é um índice de placa bacteriana que tem como base a aplicação de um revelador de placa nas superfícies dentárias, neste caso eritrosina, permitindo a visualização da placa bacteriana e por fim o cálculo percentual da mesma. O registo na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa Pólo de Viseu é feito registando as faces coradas (vestibular, lingual/palatina, mesial e distal) num esquema e por fim é aplicada a seguinte fórmula para o cálculo do índice percentual de placa:

$$\text{Índice de Placa de O'Leary} = \frac{\text{nº de faces coloridas}}{\text{nº total de faces}} \times 100$$

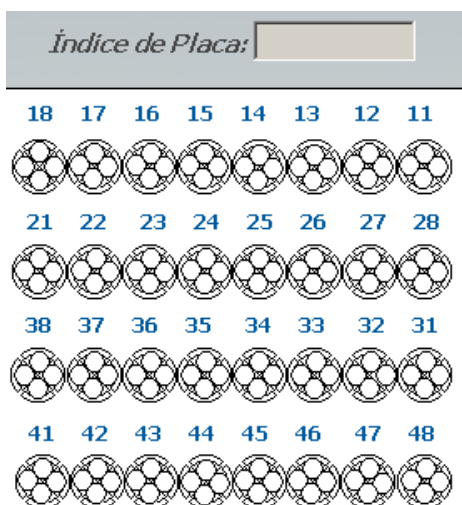


FIGURA 14 - ESQUEMA DO ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY

1.7. TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional de carácter retrospectivo que permite a comparação dos indicadores de saúde oral (prevalência de cárie dentária e índice de higiene oral de O'Leary) entre fumadores e não-fumadores.

1.8. JUSTIFICAÇÃO DE TEMA

Pretendi com este estudo verificar as diferenças existentes entre a saúde oral de pacientes fumadores e não-fumadores, de modo a demonstrar os efeitos que os seus hábitos tabágicos podem ter sobre a sua própria saúde oral.

Também espero, com este estudo, criar linhas de orientação importantes para a realização de tratamentos preventivos em pacientes fumadores, e assim evitar problemas tão comuns como a morbilidade e mortalidade evitáveis, nomeadamente cancro, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias.

A principal razão é o facto das doenças orais provocadas pelo tabaco terem um peso significativo no total das doenças orais e só verificando esta relação entre o tabagismo e a saúde oral podemos instruir a população e conseguir uma melhoria da qualidade de vida.

2. OBJECTIVOS

Num estudo epidemiológico observacional de carácter retrospectivo comparar os indicadores de saúde oral (prevalência de cárie dentária e índice de higiene oral de O'Leary) entre fumadores e não-fumadores.

Analisar os motivos das consultas, o índice de sangramento, o índice de placa, o estado gengival/periodontal, o número de dentes cariados, o número de dentes restaurados, o uso de fio dentário, o número de escovagens por dia, a higiene oral dos pacientes e o número de cigarros fumados.

Verificar se existe uma associação estatisticamente significativa entre hábitos tabágicos e a saúde oral dos pacientes consultados na Clínica Universitária da UCP-Viseu.

Comparar:

1 - O género com: uso de tabaco, com os comportamentos de saúde oral, com a higiene oral (má, precária, razoável, boa e muito boa), com o número de escovagens por dia;

2 - Os fumadores e não fumadores com: o nº de escovagens por dia, com o número de dentes cariados, com o número de dentes restaurados, com o estado gengival/periodontal, com o índice de placa e com o índice de sangramento.

3. Metodologia

3.1. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Vão-se observar dados recolhidos nas histórias clínicas presentes no sistema informático da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa e comparar as patologias existentes com a frequência de hábitos tabágicos e verificar se há alguma associação entre estes. Os dados analisados foram preenchidos por estudantes de Medicina Dentária nas instalações da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Pólo de Viseu, baseados nas seguintes questões: “visita regularmente o médico?”, “fez análises em que data”, “esta a tomar algum medicamento”, “tem problemas cardíacos?”, “tem tensão alta?”, “sofre de diabetes?”, “tem doenças de sangue?”, “tem alguma doença infecto-contagiosa?”, “tem doenças de fígado? Quais”, “tem doenças de estômago? Quais”, “tem problemas renais?”, “tem epilepsia?”, “sofreu de alguma doença cancerígena?” “tem hábitos tabágicos ou alcoólicos”, “Usa fio dentário?”, “tem outros problemas de saúde não mencionados? Quais”, “Idade e género”. Também foram registadas alterações observadas clinicamente como por exemplo: “exame clínico intra-oral – lábios, língua, palato duro, palato mole, vestibulos e freios, pavimento da boca, região jugal direita, região jugal esquerda, gengivas, higiene oral, glândulas salivares (parótidas, submaxilares, sublinguais, menores e ductos))” , “PSR”, odontograma (dentes ausentes, dentes restaurados, dentes cariados), Índice de placa, Índice de sangramento. Todos os dados registados foram avaliados e corrigidos pelos docentes.

3.2. AMOSTRA

Analisámos 414 histórias clínicas de pacientes consultados na Clínica Universitária da UCP- Viseu, no qual 75,1% são do género feminino.

A amostra é considerada uma amostra de conveniência porque a pesquisa limitou-se às 414 histórias clínicas a que se conseguiu ter acesso por via informática, num intervalo de tempo estipulado de 21 de Junho de 2010 e 13 de Maio de 2011.

Os critérios de exclusão da amostra são:

- Exclusão de pacientes totalmente edêntulos ou portadores de aparelho ortodôntico fixo que não apresentam indicadores de saúde oral completos.
- Pacientes com patologias sistémicas que alterem os dados analisados e descritos na metodologia

3.3. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através da pesquisa de histórias clínicas dos pacientes consultados na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Pólo de Viseu, de modo a obter dados referentes aos seus hábitos tabágicos e indicadores de saúde oral. A descrição das variáveis analisadas encontra-se no capítulo “variáveis em estudo”.

3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

No processamento e análise de dados, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 18.0). Foram também calculadas prevalências, expressas em percentagens. Para comparação de proporções utilizou-se o teste Qui-quadrado. Agradeço toda a ajuda dispensada nesta análise pelo Mestre Nélcio Veiga.

4. RESULTADOS

4.1. Género/Idade

Na amostra obtida observou-se uma menor quantidade (24,9%) de indivíduos do sexo masculino e uma maior quantidade de indivíduos do sexo feminino (75,1%).

Género	Percentagem
Masculino	24,9%
Feminino	75,1%
Total	100%

TABELA 4 - PERCENTAGEM POR GÉNERO DA AMOSTRA

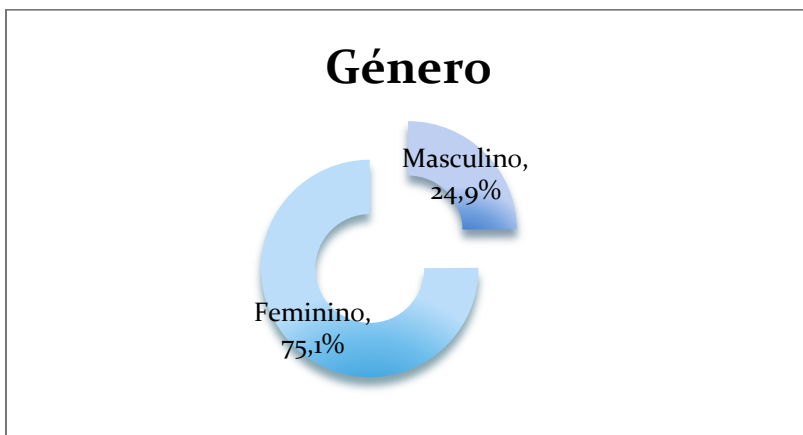


GRÁFICO 3 - PERCENTAGEM POR GÉNERO DA AMOSTRA

Os indivíduos observados encontram-se principalmente num intervalo de idades inferior ou igual a 25 anos (31,4%), enquanto que os outros intervalos de idades apresentam uma distribuição muito aproximada. Assim, podemos concluir que a amostra apresenta uma distribuição ligeiramente mais jovem mas sem dúvida muito distribuída de forma igual entre as várias idades.

Idades	Percentagem
Inferior ou igual a 25	31,4%
26 a 35	12,8%
36 a 45	18,4%
46 a 55	12,8%
56 a 64	15,2%
Superior ou igual a 65	9,4%
Total	100%

TABELA 5 - PERCENTAGENS POR IDADES DA AMOSTRA OBSERVADA

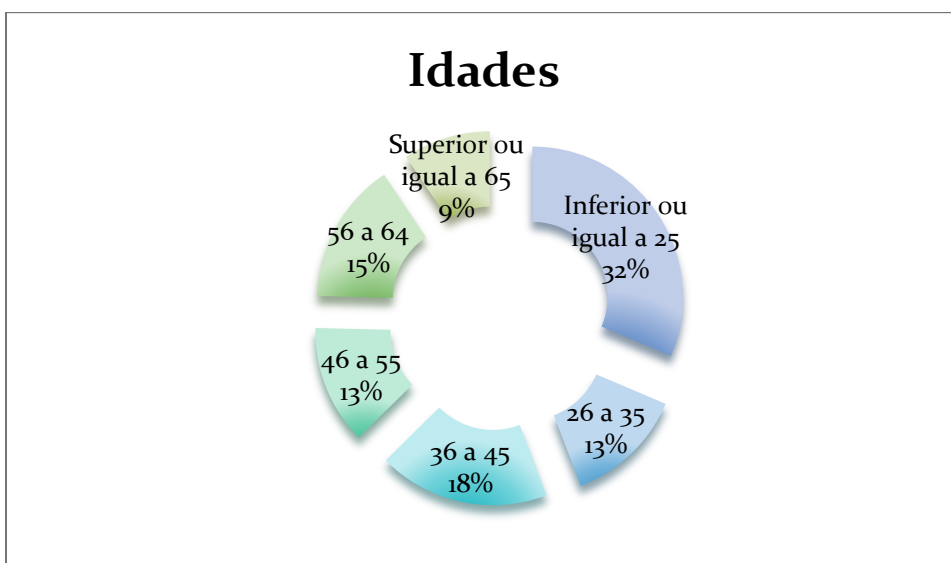


GRÁFICO 4 - PERCENTAGENS POR IDADE DA AMOSTRA OBSERVADA

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

		Índice de placa				
Idade		0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75 a 100%	Total
Inferior ou igual a 25	N	18	48	36	23	125
	%	14,4%	38,4%	28,8%	18,4%	100,0%
26 a 35	N	2	8	25	18	53
	%	3,8%	15,1%	47,2%	34,0%	100,0%
36 a 45	N	8	12	24	32	76
	%	10,5%	15,8%	31,6%	42,1%	100,0%
46 a 55	N	3	12	17	19	51
	%	5,9%	23,5%	33,3%	37,3%	100,0%
56 a 64	N	9	8	12	34	63
	%	14,3%	12,7%	19,0%	54,0%	100,0%
Superior ou igual a 65	N	4	5	10	20	39
	%	10,3%	12,8%	25,6%	51,3%	100,0%
Total	N	44	93	124	146	407
	%	10,8%	22,9%	30,5%	35,9%	100,0%

TABELA 6 – ÍNDICE DE PLACA REFERENTES AOS GRUPOS ETÁRIOS

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,638a	15	,000
Likelihood Ratio	55,422	15	,000
Linear-by-Linear	19,172	1	,000
Association			
N of Valid Cases	407		

No gráfico 5 podemos observar que nos indivíduos de 25 anos ou menos apresentam em maior percentagem 25 a 49% de índice de placa e à medida que a idade aumenta o índice de placa vai aumentando (dos 26 aos 35 anos maioritariamente 50 a 74% e nos indivíduos com idades superiores a 36 apresentam em maior percentagem de 75 a 100% de índice de placa).

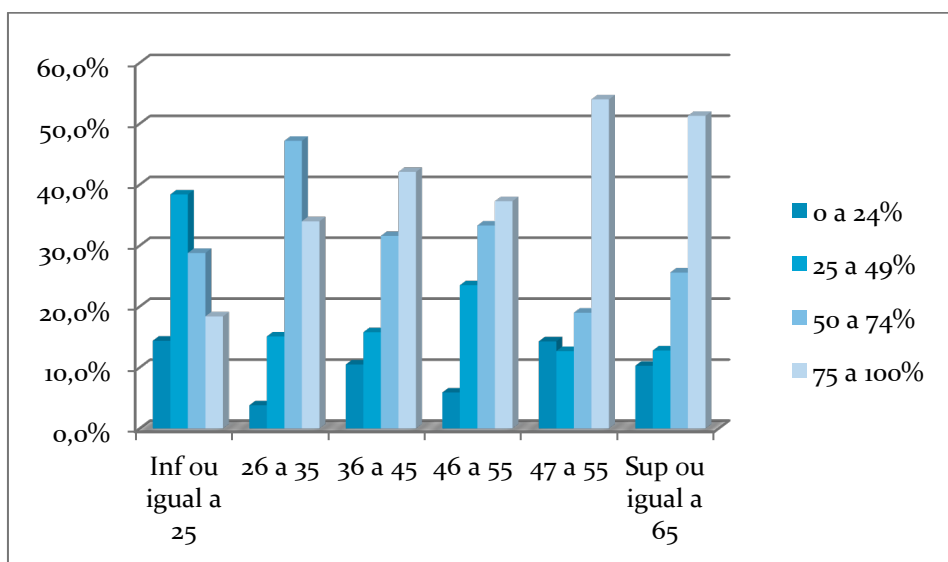


GRÁFICO 5 - ÍNDICE DE PLACA REFERENTES AOS GRUPOS ETÁRIOS

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

		Cárie					Total
		0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	Superior ou igual a 16	
Inferior ou igual a 25	N	45	64	14	3	4	130
	%	34,6%	49,2%	10,8%	2,3%	3,1%	100,0%
26 a 35	N	6	30	14	3	0	53
	%	11,3%	56,6%	26,4%	5,7%	,0%	100,0%
36 a 45	N	9	54	13	0	0	76
	%	11,8%	71,1%	17,1%	,0%	,0%	100,0%
46 a 55	N	13	29	8	2	1	53
	%	24,5%	54,7%	15,1%	3,8%	1,9%	100,0%
56 a 64	N	12	36	13	1	1	63
	%	19,0%	57,1%	20,6%	1,6%	1,6%	100,0%
Superior ou igual a 65	N	5	26	7	1	0	39
	%	12,8%	66,7%	17,9%	2,6%	,0%	100,0%
Total	N	90	239	69	10	6	414
	%	21,7%	57,7%	16,7%	2,4%	1,4%	100,0%

TABELA 7 - PRESENÇA DE CÁRIES NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

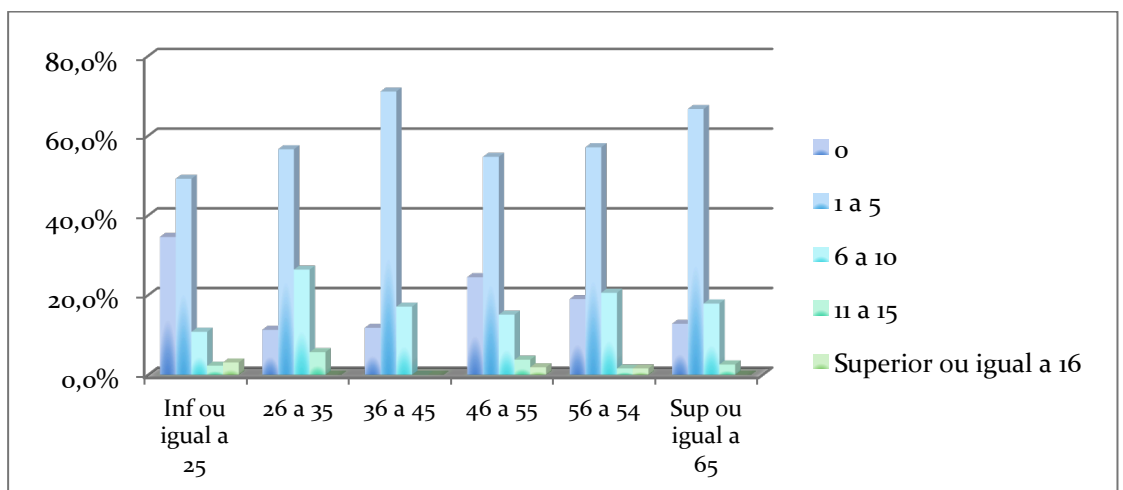


GRÁFICO 6 - PRESENÇA DE CÁRIES NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

No gráfico 6 é possível observar que na amostra, a faixa etária com 0 cáries em maior quantidade é nos indivíduos com 25 ou menos anos, também é possível observar que todas as faixas etárias têm 1 a 5 cáries em maior percentagem.

		Escovagem				Total
		0	1	2	3	
Inferior ou igual a 25	N	8	16	70	36	130
	%	6,2%	12,3%	53,8%	27,7%	100,0%
26 a 35	N	2	10	30	11	53
	%	3,8%	18,9%	56,6%	20,8%	100,0%
36 a 45	N	5	32	32	7	76
	%	6,6%	42,1%	42,1%	9,2%	100,0%
46 a 55	N	2	17	26	8	53
	%	3,8%	32,1%	49,1%	15,1%	100,0%
56 a 64	N	7	27	25	4	63
	%	11,1%	42,9%	39,7%	6,3%	100,0%
Superior ou igual a 65	N	4	18	15	2	39
	%	10,3%	46,2%	38,5%	5,1%	100,0%
Total	N	28	120	198	68	414
	%	6,8%	29,0%	47,8%	16,4%	100,0%

TABELA 8 – NÚMERO DE ESCOVAGENS NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,130a	15	,000
Likelihood Ratio	58,085	15	,000
Linear-by-Linear Association	35,093	1	,000
N of Valid Cases	414		

No gráfico 7 podemos verificar que as faixas etárias que não escovam os dentes em maior percentagem são os mais idosos, enquanto

que o contrário também se regista, ou seja, escovar 2 e 3 vezes os dentes por dia é registado em maior percentagem nas idades mais jovens.

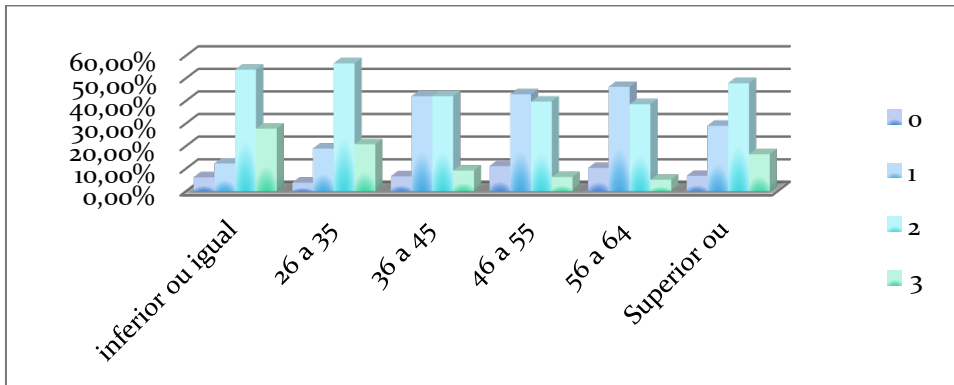


GRÁFICO 7 - NÚMERO DE ESCOVAGENS NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

		Tabaco		Total
		Sim	Não	
Inferior ou igual a 25	N	27	103	130
	%	20,8%	79,2%	100,0%
26 a 35	N	23	30	53
	%	43,4%	56,6%	100,0%
36 a 45	N	22	54	76
	%	28,9%	71,1%	100,0%
46 a 55	N	10	43	53
	%	18,9%	81,1%	100,0%
56 a 64	N	5	58	63
	%	7,9%	92,1%	100,0%
Superior ou igual a 65	N	6	33	39
	%	15,4%	84,6%	100,0%
Total	N	93	321	414
	%	22,5%	77,5%	100,0%

TABELA 9 – HÁBITOS TABÁGICOS NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,531a	5	,000
Likelihood Ratio	24,505	5	,000
Linear-by-Linear Association	5,771	1	,016
N of Valid Cases	414		

No gráfico 8 pode-se verificar a presença de uma maior percentagem de fumadores na faixa etária dos 26 aos 35 anos que depois vai diminuindo até aos 65 anos.

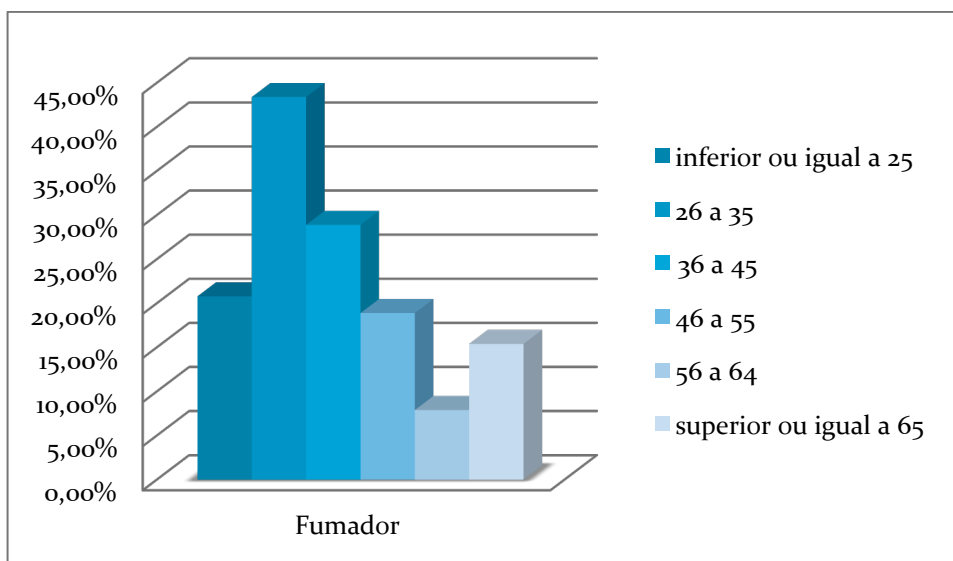


GRÁFICO 8 - HÁBITOS TABÁGICOS NOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

4.2. Motivo da consulta

O motivo de consulta mais observado foram as consultas de rotina (23,2%), seguido das destartarizações (22%), a dor dentária (13,3%) e as fracturas dentárias (8,5%) enquanto que os motivos de consulta menos frequentes foram os pedidos de orçamento para tratamentos, presença de lesões na mucosa e insatisfação com as próteses.

Motivo da consulta	Percentagem
Destartarização	22%
Rotina	23,2%
Odontalgia	13,3%
Mobilidade dentária	2,4%
DTM	1,4%
Lesões da mucosa	0,5%
Fractura dentária	8,5%
Cárie (profunda)	6,0%
Reabilitação oral	1,4%
Restauração insatisfatória	2,9%
Sensibilidade dentária	2,7%
Estética	1,7%
Inflamação gengival	3,4%
“Arranjar dentes”	8,2%
Orçamento para tratamentos	0,5%
Insatisfação com a prótese	0,7%
Pedido de opinião	1%
Total	100%

TABELA 10 - MOTIVOS DAS CONSULTAS

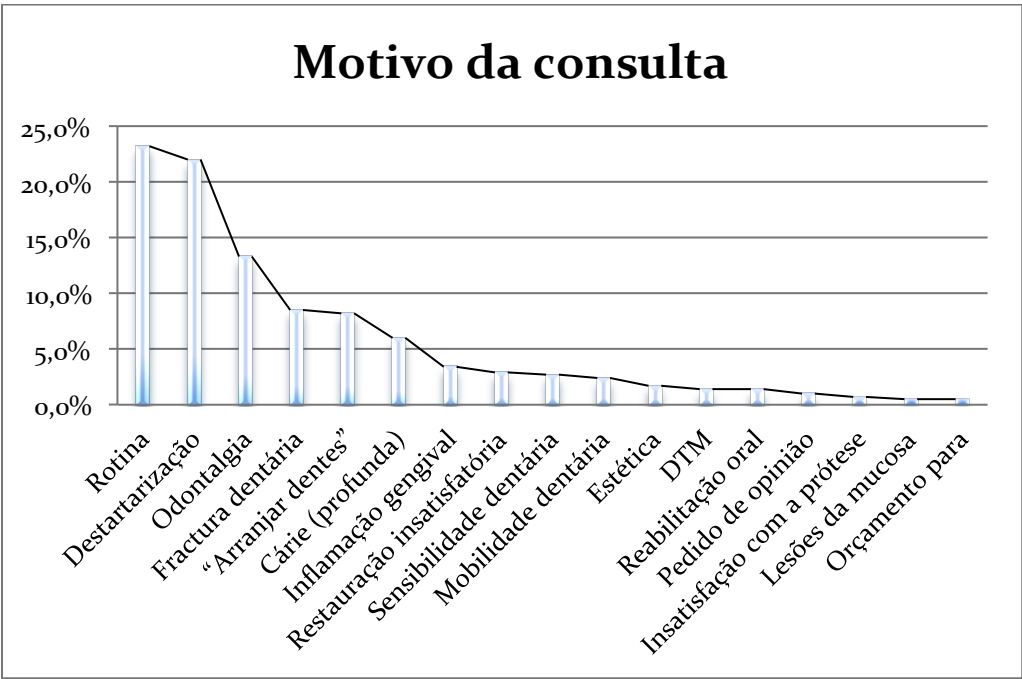


GRÁFICO 9 - MOTIVO DAS CONSULTAS

4.3. Tabaco

A percentagem de fumadores analisados corresponde a 22,5% da amostra recolhida.

	Percentagem
Sim	22,5%
Não	77,5%
Total	100%

TABELA 11 - PERCENTAGEM DE FUMADORES E DE NÃO FUMADORES

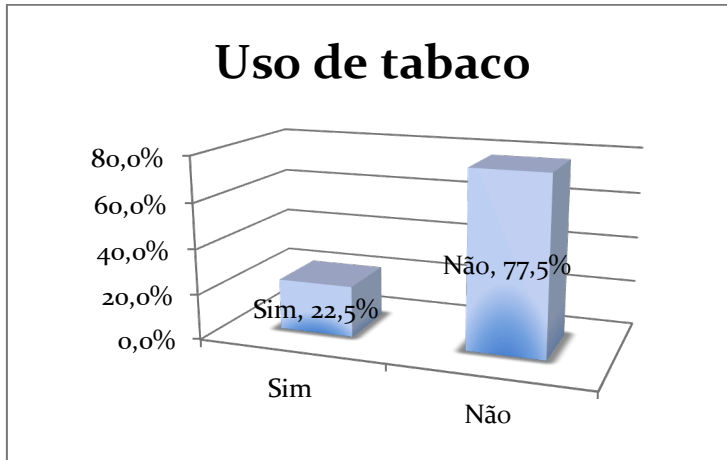


GRÁFICO 10 - PERCENTAGEM DE FUMADORES E DE NÃO FUMADORES

Na amostra referente aos fumadores observou-se que 42,7% dos indivíduos fumavam entre 1 a 5 cigarros por dia enquanto que apenas 2,4% dos fumadores fumavam 21 ou mais que 21 cigarros por dia.

Número de cigarros por dia	Percentagem
1 a 5	42,7%
6 a 10	22%
11 a 15	14,6%
15 a 20	18,3%
Superior ou igual a 21	2,4%
Total	100%

TABELA 12 - PERCENTAGEM DE Nº DE CIGARROS FUMADOS POR DIA

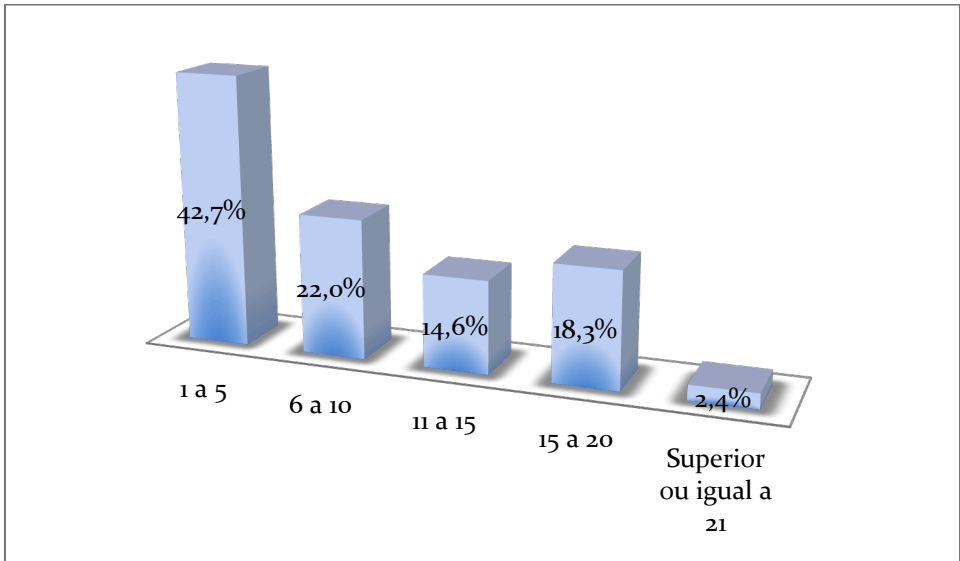


GRÁFICO 11 - PERCENTAGEM DE Nº DE CIGARROS FUMADOS POR DIA

Relativamente à percentagem de fumadores do género masculino e do género feminino, na amostra observada existe uma percentagem aproximada mas ligeiramente superior no género masculino (género masculino com 26,2% de fumadores e género feminino com 21,2%).

			Tabaco		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	N	27	76	103
		%	26,2%	73,8%	100,0%
	Feminino	N	66	245	311
		%	21,2%	78,8%	100,0%
Total		N	93	321	414
		%	22,5%	77,5%	100,0%

TABELA 13 - HÁBITOS TABÁGICOS POR GÉNERO

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,107	1	,293		
Continuity Correction	,839	1	,360		
Likelihood Ratio	1,081	1	,299		
Fisher's Exact Test				,340	,179
Linear-by-Linear Association	1,104	1	,293		
N of Valid Cases	414				

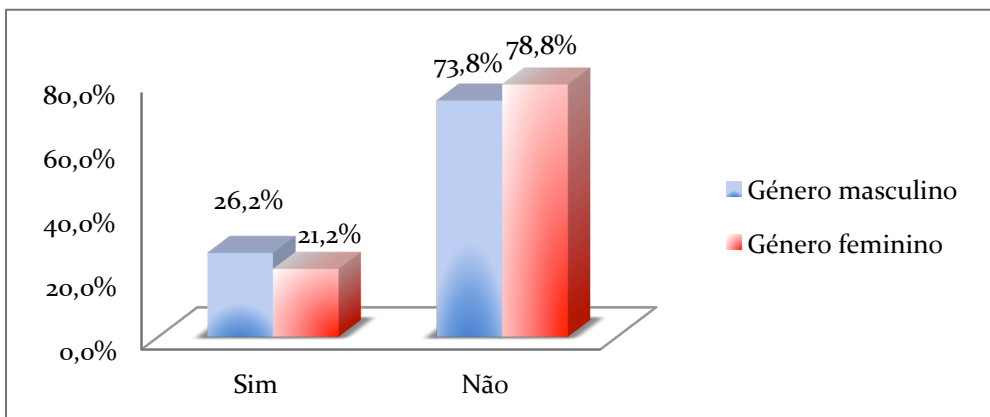


GRÁFICO 12 - FUMAR TABACO POR GÉNERO

4.4. Comportamentos

4.4.1. Higiene Oral

Na higiene oral observada nos pacientes podemos observar em maior percentagem uma higiene oral boa (35,3%) e razoável (31,5%) o que nos indicam uma grande parte de resultados positivos, mas a contrastar existem 13,6% de pacientes com má higiene oral (que é o pior nível de higiene oral) a contrastar com os 0,9% de muito boa higiene oral.

Higiene oral	Percentagem
Má	13,6%
Precária	18,6%
Razoável	31,5%
Boa	35,3%
Muito boa	0,9%
Total	100%

TABELA 14 - PERCENTAGEM DOS VÁRIOS TIPOS DE HIGIENE ORAL

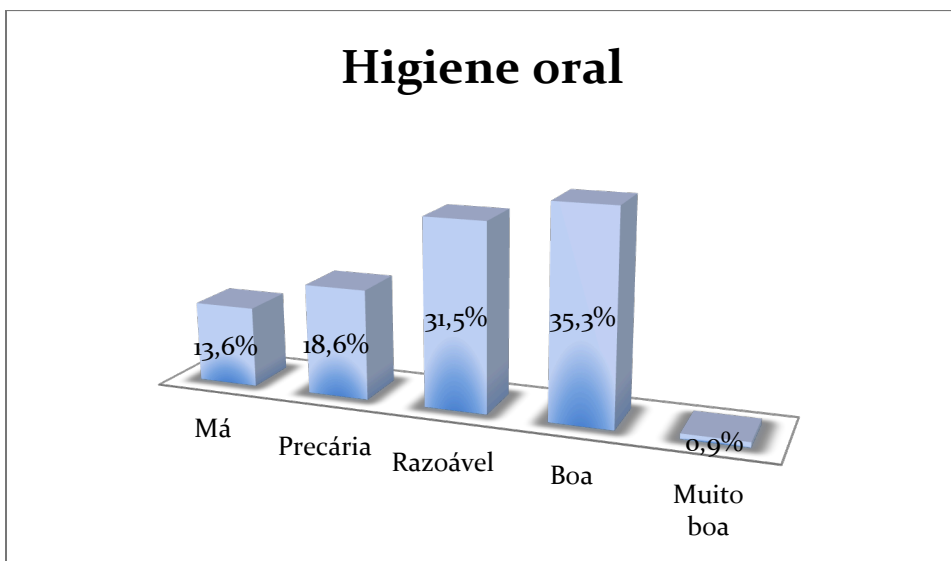


GRÁFICO 13 - PERCENTAGEM DOS VÁRIOS TIPOS DE HIGIENE ORAL

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

			Higiene oral					Total
			Má	Precária	Razoável	Boa	Muito boa	
Género	Masculino	N	9	15	30	28	1	83
		%	10,8%	18,1%	36,1%	33,7%	1,2%	100,0%
	Feminino	N	34	44	70	84	2	234
		%	14,5%	18,8%	29,9%	35,9%	,9%	100,0%
Total		N	43	59	100	112	3	317
		%	13,6%	18,6%	31,5%	35,3%	,9%	100,0%

TABELA 15 - VÁRIOS TIPOS DE HIGIENE ORAL POR GÉNERO

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,546	4	,819
Likelihood Ratio	1,551	4	,818
Linear-by-Linear Association	,242	1	,623
N of Valid Cases	317		

Comparando a higiene oral entre géneros podemos concluir que o género feminino apresenta uma maior percentagem de indivíduos com boa higiene, enquanto que no género masculino a maior percentagem apresenta-se com uma higiene oral razoável.

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

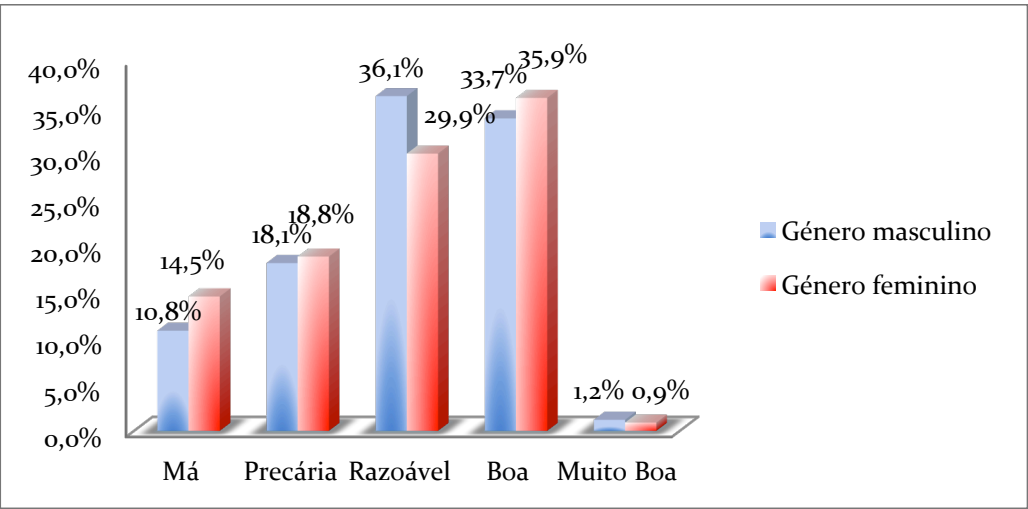


GRÁFICO 14 - HIGIENE ORAL RELATIVAMENTE AO GÉNERO

			Higiene oral					Total
			Má	Precária	Razoável	Boa	Muito boa	
Tabaco	Sim	N	10	15	22	27	0	74
		%	13,5%	20,3%	29,7%	36,5%	,0%	100,0%
	Não	N	33	44	78	85	3	243
		%	13,6%	18,1%	32,1%	35,0%	1,2%	100,0%
Total		N	43	59	100	112	3	317
		%	13,6%	18,6%	31,5%	35,3%	,9%	100,0%

TABELA 16 - VÁRIOS TIPOS DE HIGIENE ORAL EM FUMADORES E EM NÃO

FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,194	4	,879
Likelihood Ratio	1,874	4	,759
Linear-by-Linear Association	,045	1	,831
N of Valid Cases	317		

A higiene oral entre fumadores é “boa” (36,5%) em maior percentagem, tal como entre os não fumadores é “boa” (35%), mas em menor percentagem. Relativamente à higiene oral “muito boa” nos fumadores não se observou ninguém ao contrário dos não fumadores que apresentam 1,2% dos indivíduos com uma higiene oral muito boa.

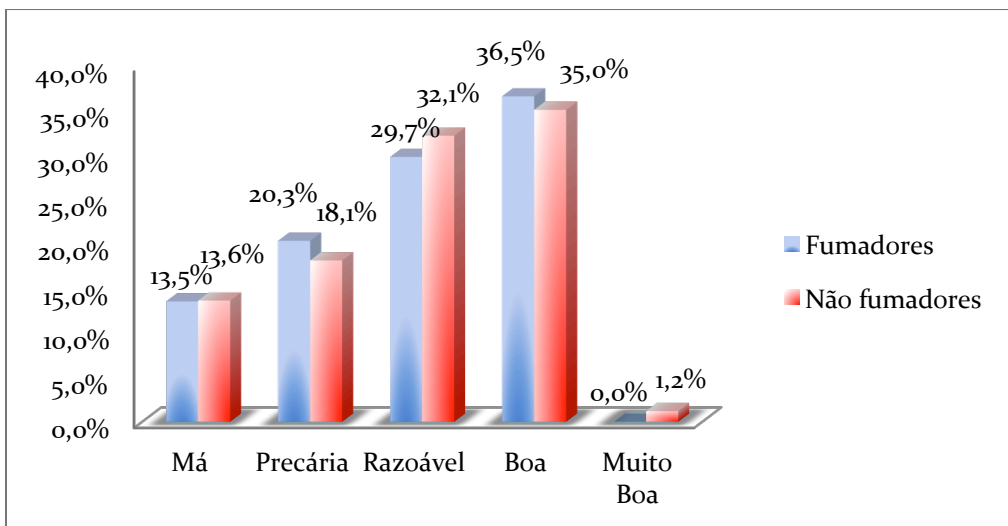


GRÁFICO 15 – HIGIENE ORAL ENTRE FUMADORES E NÃO FUMADORES

4.4.2. Escovagens

Escovagens/dia	Percentagem
0	6,8%
1	29%
2	47,8%
3	16,4%
Total	100%

TABELA 17 - PERCENTAGENS DO Nº DE ESCOVAGENS POR DIA

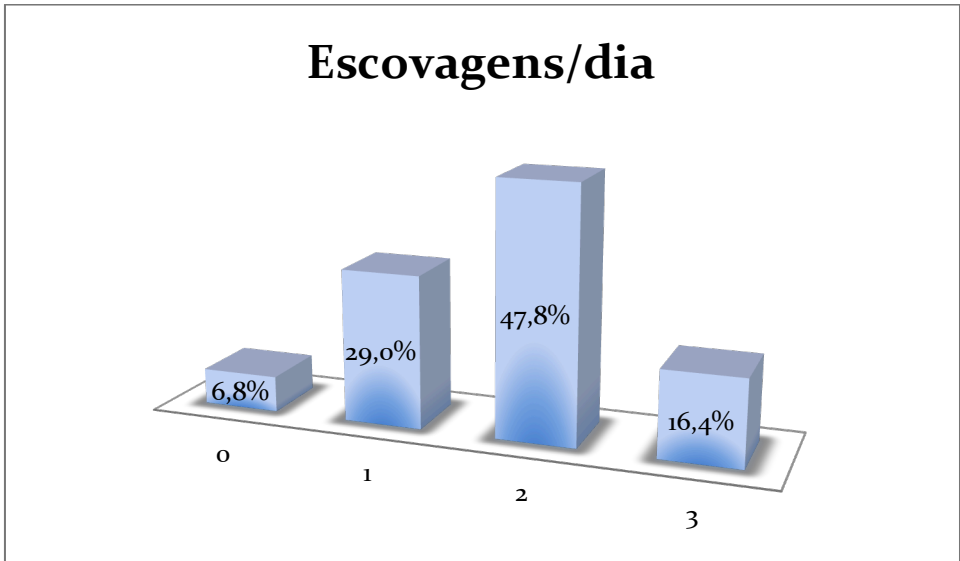


GRÁFICO 16 - PERCENTAGENS DO NÚMERO DE ESCOVAGENS POR DIA

Na amostra observada quase metade (47,8%) dos indivíduos lavam os dentes 2 vezes por dia e preocupantemente 6,8% não lava os dentes e 29% só os lava uma vez por dia.

			Escovagem				Total
			0	1	2	3	
Género	Masculino	N	10	29	45	19	103
		%	9,7%	28,2%	43,7%	18,4%	100,0%
	Feminino	N	18	91	153	49	311
		%	5,8%	29,3%	49,2%	15,8%	100,0%
Total		N	28	120	198	68	414
		%	6,8%	29,0%	47,8%	16,4%	100,0%

TABELA 18 - NÚMERO DE ESCOVAGENS/DIA POR GÉNERO

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,623	3	,453
Likelihood Ratio	2,489	3	,477
Linear-by-Linear Association	,192	1	,661
N of Valid Cases	414		

No que respeita ao número de escovagens por dia entre géneros, podemos concluir que na amostra observada tanto o género masculino (43,7%) como o género feminino (49,2%) escovam maioritariamente os dentes duas vezes por dia.

Os preocupantes 0 vezes de lavagem de dentes por dia é observado em maior quantidade nos homens (9,7%) do que nas mulheres (5,8%) mas a contrariar esta ideia temos nas 3 lavagens de dentes por dia uma superioridade do género masculino (18,4%) em relação ao feminino (15,8%).

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

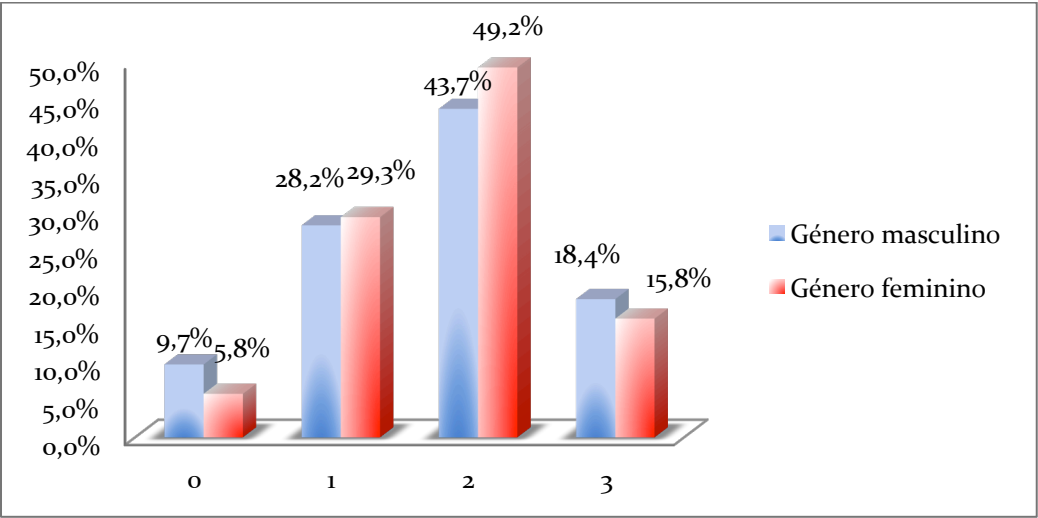


GRÁFICO 17 - NÚMERO DE ESCOVAGENS NO GÊNERO MASCULINO E NO GÊNERO FEMININO

			Escovagem				Total
			0	1	2	3	
Tabaco	Sim	N	12	21	38	22	93
		%	12,9%	22,6%	40,9%	23,7%	100,0%
	Não	N	16	99	160	46	321
		%	5,0%	30,8%	49,8%	14,3%	100,0%
Total		N	28	120	198	68	414
		%	6,8%	29,0%	47,8%	16,4%	100,0%

TABELA 19 - NÚMERO DE ESCOVAGENS/DIA EM FUMADORES E NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,418	3	,004
Likelihood Ratio	12,297	3	,006
Linear-by-Linear Association	,033	1	,855
N of Valid Cases	414		

Tanto os fumadores como os não fumadores lavam os dentes em maior número 2 vezes por dia. Apesar de os fumadores (5%) apresentarem zero lavagens em maior percentagem que os não fumadores (12,9%), existe uma maior percentagem de fumadores (23,7%) que lavam os dentes 3 vezes por dia do que os não fumadores (15,8%).

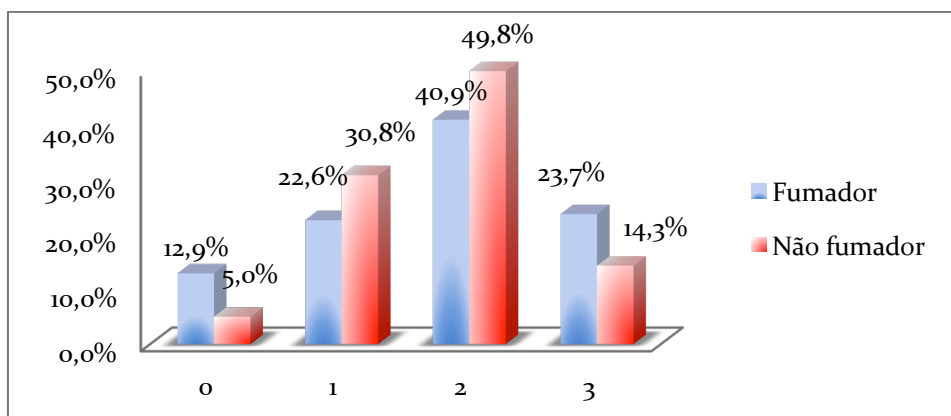


GRÁFICO 18 - NÚMERO DE ESCOVAGENS POR DIA NOS INDIVÍDUOS FUMADORES E NOS INDIVÍDUOS NÃO FUMADORES

4.4.3. Fio dentário

Uso de fio dentário	Percentagem
Sim	22%
Não	78%
Total	100%

TABELA 20 - PERCENTAGEM DO USO DE FIO DENTÁRIO

O uso de fio dentário na amostra observada é ainda muito pouco utilizado, pois apenas 22% dos indivíduos o usam.

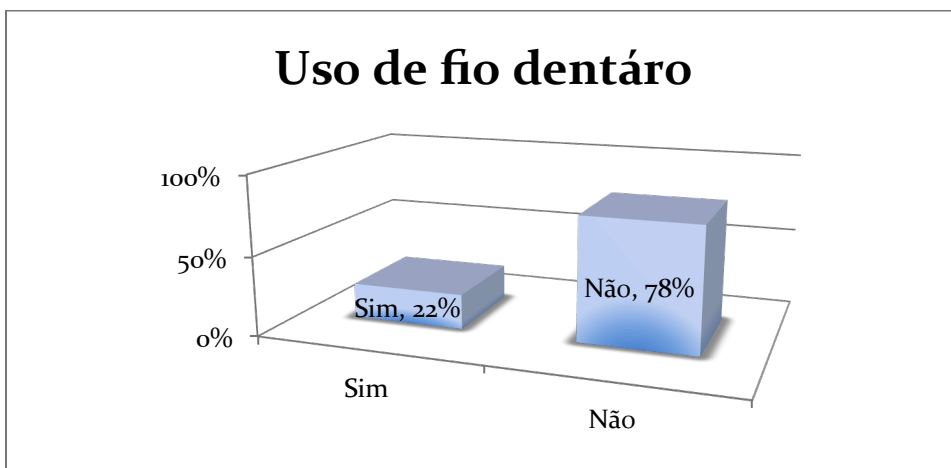


GRÁFICO 19 - PERCENTAGEM DO USO DE FIO DENTÁRIO

4.5. Status dentário

Nº de dentes cariados	Percentagem
0	21,7%
1 a 5	57,7%
6 a 10	16,7%
11 a 15	2,4%
Superior ou igual a 16	1,4%
Total	100%

TABELA 21 - PERCENTAGEM DA QUANTIDADE DE DENTES CARIADOS

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Na amostra observada mais de metade dos indivíduos (57,7%) têm entre 1 a 5 dentes cariados e 21,7% não apresentaram qualquer cárie.

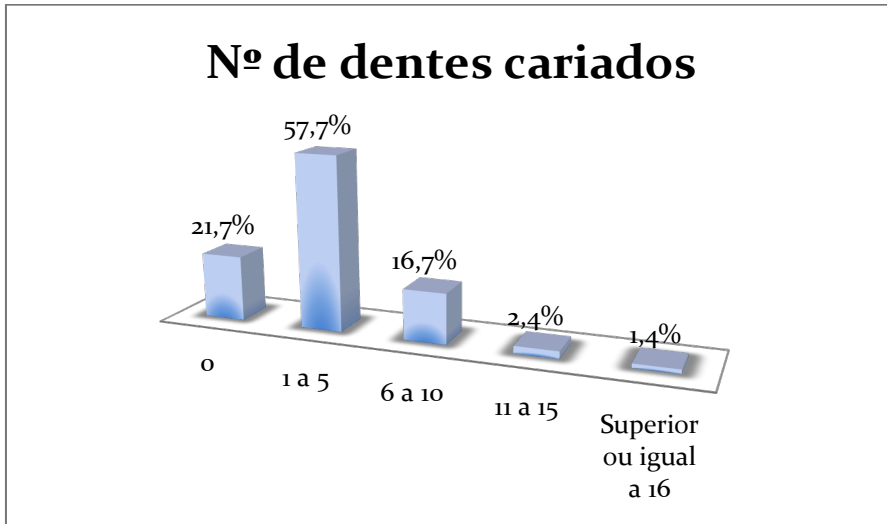


GRÁFICO 20 - PERCENTAGEM DA QUANTIDADE DE DENTES CARIADOS

			Dentes cariados					Total
			0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	Superior ou igual a 16	
Tabaco	Sim	N	14	54	19	4	2	93
		%	15,1%	58,1%	20,4%	4,3%	2,2%	100,0%
	Não	N	76	185	50	6	4	321
		%	23,7%	57,6%	15,6%	1,9%	1,2%	100,0%
Total		N	90	239	69	10	6	414
		%	21,7%	57,7%	16,7%	2,4%	1,4%	100,0%

TABELA 22 - NÚMERO DE DENTES CARIADOS EM FUMADORES E EM NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,660	4	,226
Likelihood Ratio	5,566	4	,234
Linear-by-Linear Association	5,232	1	,022
N of Valid Cases	414		

Nos indivíduos analisados podemos encontrar uma maior percentagem de indivíduos não fumadores (23,7%) sem cáries em relação aos indivíduos fumadores (15,1%). Podemos também concluir que os indivíduos fumadores apresentam maior percentagem de cáries que os indivíduos não fumadores.

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Nº de dentes restaurados	Percentagem
0	27,1%
1 a 5	45,9%
6 a 10	21,5%
11 a 15	5,3%
Superior ou igual a 16	0,2%
Total	100%

TABELA 23 - PERCENTAGEM DO NÚMERO DE DENTES RESTAURADOS

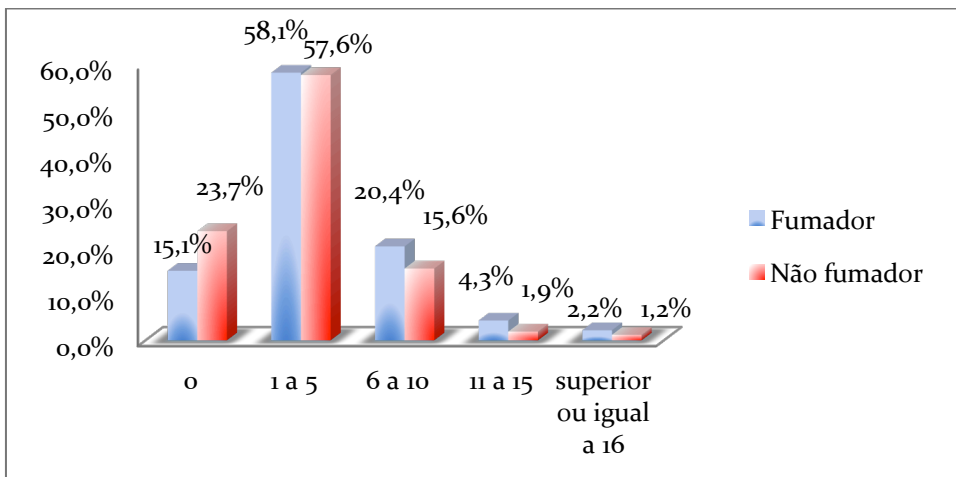


GRÁFICO 21 - DENTES CARIADOS PRESENTES EM INDIVÍDUOS FUMADORES E NÃO FUMADORES

Quase metade dos indivíduos estudados (45,9%) apresentaram 1 a 5 dentes restaurados.

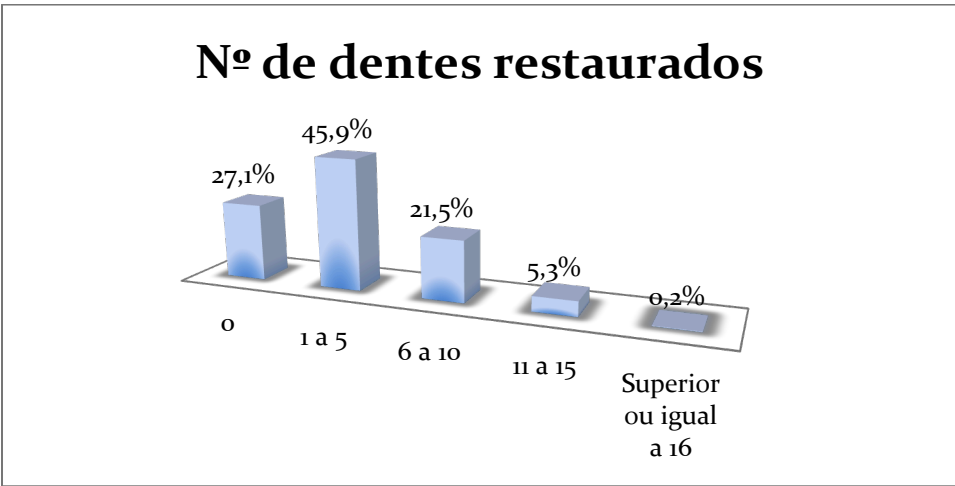


GRÁFICO 22 - PERCENTAGEM DO NÚMERO DE DENTES RESTAURADOS

			0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	Superior ou igual a 16	Total
Tabaco	Sim	N	23	47	19	4	0	93
		%	24,7%	50,5%	20,4%	4,3%	,0%	100,0%
	Não	N	89	143	70	18	1	321
		%	27,7%	44,5%	21,8%	5,6%	,3%	100,0%
Total		N	112	190	89	22	1	414
		%	27,1%	45,9%	21,5%	5,3%	,2%	100,0%

TABELA 24 - DENTES RESTAURADOS EM FUMADORES E NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	1,388	4	,846
Likelihood Ratio	1,611	4	,807
Linear-by-Linear Association	,037	1	,847
N of Valid Cases	414		

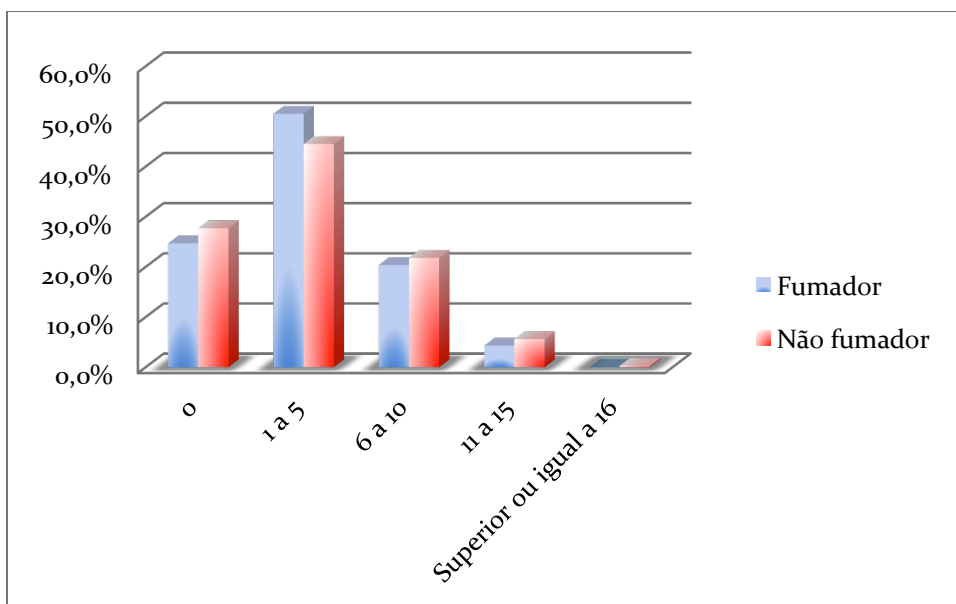


GRÁFICO 23 - NÚMERO DE DENTES RESTAURADOS NOS FUMADORES E NÃO FUMADORES

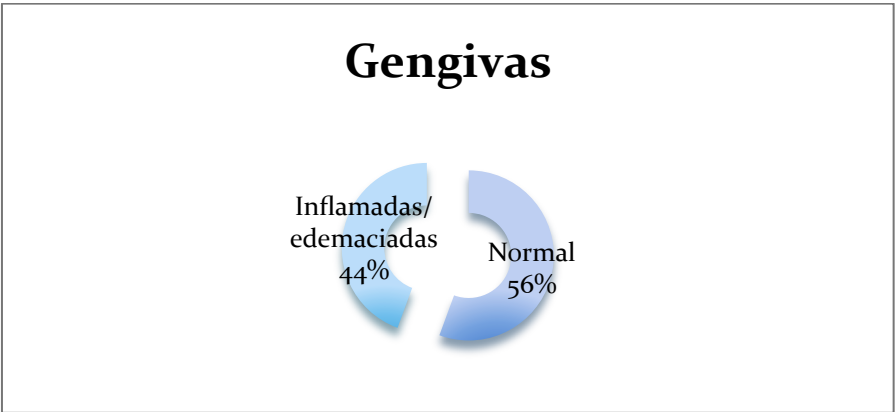
Os não fumadores são os que apresentam maior percentagem de dentes sem restaurações.

4.6. Alterações gengivais/periodontais e índices de HO

Gengivas	Percentagem
Normal	55,6%
Inflamadas/edemaciadas	44,4%
Total	100%

**TABELA 25 - PERCENTAGEM
DE INDIVÍDUOS COM GENGIVAS
NORMAIS / INFLAMADAS**

As gengivas dos indivíduos analisados apresentam uma elevada percentagem de inflamação (44%).



**GRÁFICO 24 - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM GENGIVAS NORMAIS /
INFLAMADAS**

			Gengivas		Total
			Normal	Inflamadas/edemaciadas	
Género	Masculino	N	64	39	103
		%	62,1%	37,9%	100,0%
	Feminino	N	166	145	311
		%	53,4%	46,6%	100,0%
Total		N	230	184	414
		%	55,6%	44,4%	100,0%

**TABELA 26 – ALTERAÇÕES NAS GENGIVAS EM INDIVÍDUOS DE DIFERENTE
GÉNERO**

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,405	1	,121		
Continuity Correction	2,063	1	,151		
Likelihood Ratio	2,426	1	,119		
Fisher's Exact Test				,137	,075
Linear-by-Linear Association	2,399	1	,121		
N of Valid Cases	414				

Na amostra estudada foi possível observar umas gengivas com menos alterações nos indivíduos do género masculino.

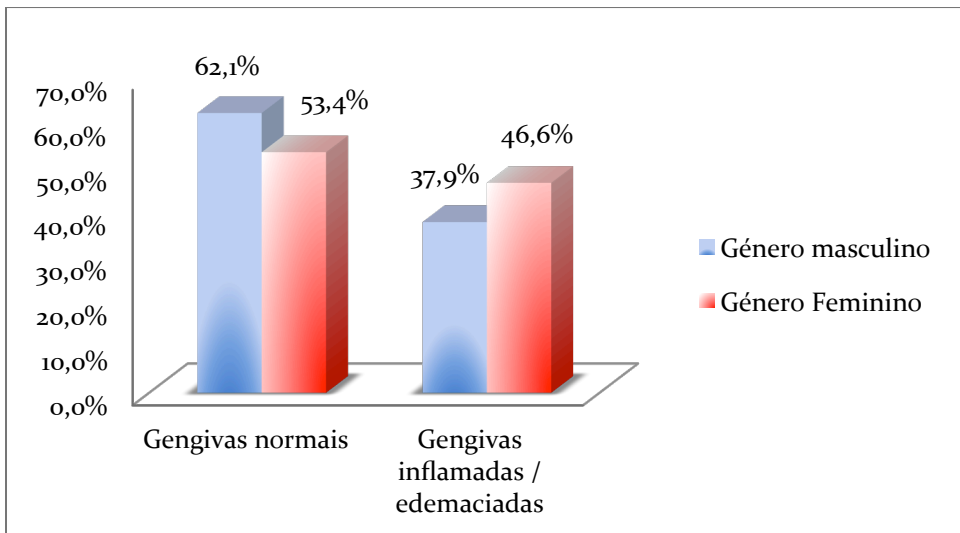


GRÁFICO 25 - ALTERAÇÕES NAS GENGIVAS NOS DIFERENTES GÉNEROS

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

			Gengivas		Total
			Normal	Inflamadas/edemaciadas	
Tabaco	Sim	N	50	43	93
		%	53,8%	46,2%	100,0%
	Não	N	180	141	321
		%	56,1%	43,9%	100,0%
Total		N	230	184	414
		%	55,6%	44,4%	100,0%

TABELA 27 – ALTERAÇÕES DAS GENGIVAS EM FUMADORES E NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,156	1	,693		
Continuity Correction	,076	1	,782		
Likelihood Ratio	,156	1	,693		
Fisher's Exact Test				,723	,390
Linear-by-Linear Association	,156	1	,693		
N of Valid Cases	414				

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Nos indivíduos estudados os não fumadores têm as gengivas menos inflamadas.

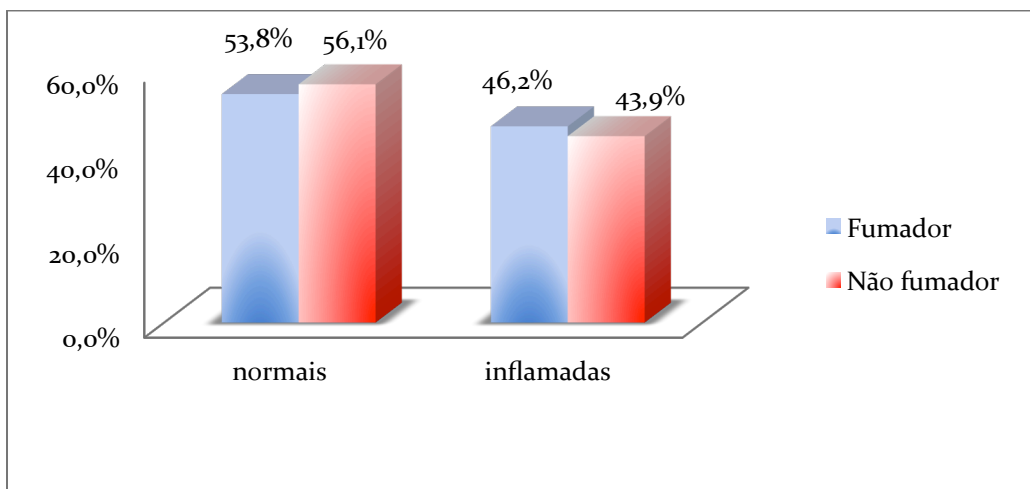


GRÁFICO 26 - ALTERAÇÕES NAS GENGIVAS EM FUMADORES E EM NÃO FUMADORES

	N	Média	Desvio Padrão
Índice de placa	414	60,01%	26,21
BOP	414	16,87%	20,64

TABELA 28 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO RELATIVOS AO ÍNDICE DE PLACA E AO BOP.

Índice de Placa	Porcentagem
0 a 24%	10,8%
25 a 49%	22,9%
50 a 74%	30,5%
75 a 100%	35,9%
Total	100%

TABELA 29 - PERCENTAGEM DE VÁRIOS INTERVALOS DE IP

A amostra tem um índice de placa bastante significativo, pois apenas 10,8% dos indivíduos têm um índice de placa inferior a 24%.

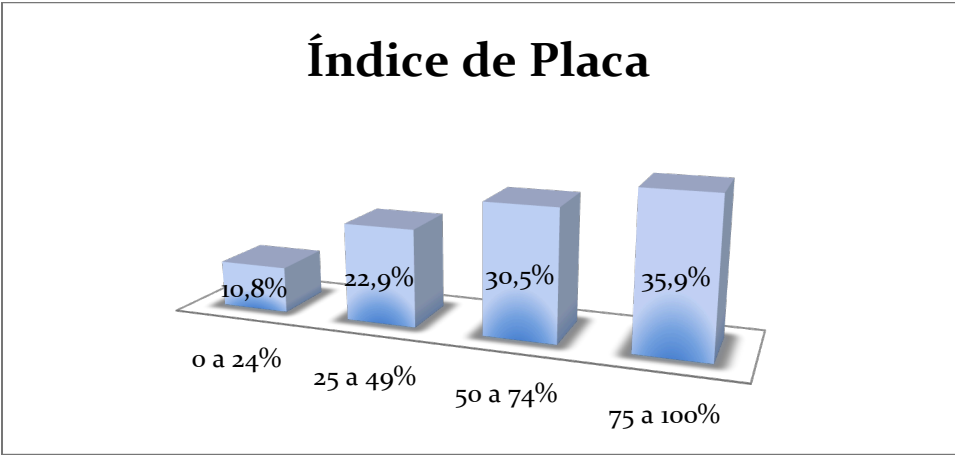


GRÁFICO 27 - PERCENTAGEM DOS VÁRIOS INTERVALOS DE IP

			Índice de Placa				Total
			0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75 a 100%	
Tabaco	Sim	N	10	16	31	34	91
		%	11,0%	17,6%	34,1%	37,4%	100,0%
	Não	N	34	77	93	112	316
		%	10,8%	24,4%	29,4%	35,4%	100,0%
Total		N	44	93	124	146	407
		%	10,8%	22,9%	30,5%	35,9%	100,0%

TABELA 30 - ÍNDICE DE PLACA EM PACIENTES FUMADORES E NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,998a	3	,573
Likelihood Ratio	2,073	3	,557
Linear-by-Linear Association	,473	1	,491
N of Valid Cases	407		

Pode-se observar no gráfico 28 que os indivíduos analisados têm um índice de placa maioritariamente alto (75 a 100% de IP) e que no geral (excepto de 0 a 24% de IP) os fumadores têm um índice de placa superior aos não fumadores.

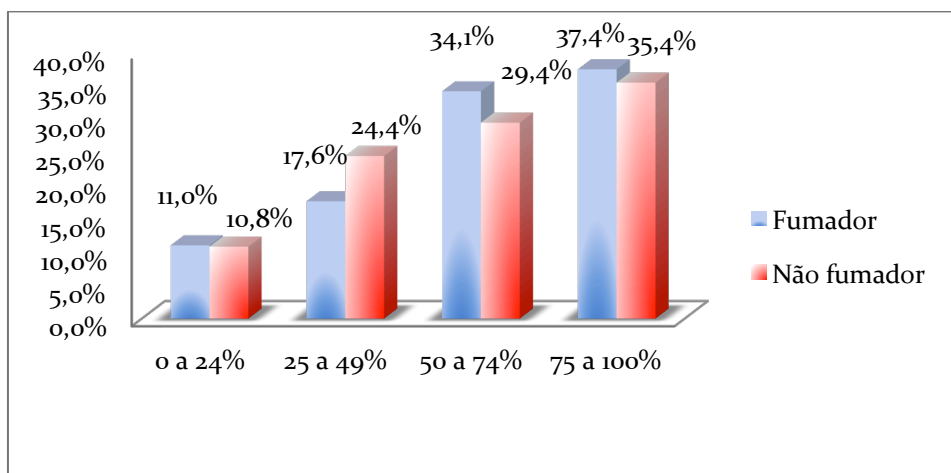


GRÁFICO 28 - ÍNDICE DE PLACA NOS INDIVÍDUOS FUMADORES E NÃO FUMADORES

BOP	Percentagem
0 a 24%	76,3%
25 a 49%	14,9%
50 a 74%	6,1%
75 a 100%	2,7%
Total	100%

TABELA 31 - PERCENTAGEM DE BOP OBSERVADAS

Observa-se claramente pelo gráfico 29 que o índice de sangramento é maioritariamente entre 0 a 24% (em 76% dos indivíduos).

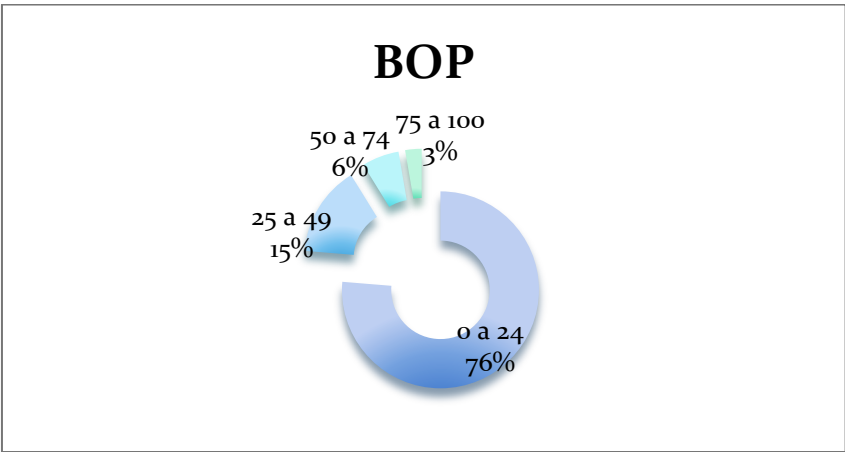


GRÁFICO 29 - PERCENTAGEM DE BOP OBSERVADAS

			BOP				Total
			0 a 24%	25 a 49%	50 a 74%	75 a 100%	
Tabaco	Sim	N	74	11	5	3	93
		%	79,6%	11,8%	5,4%	3,2%	100,0%
	Não	N	239	50	20	8	317
		%	75,4%	15,8%	6,3%	2,5%	100,0%
Total		N	313	61	25	11	410
		%	76,3%	14,9%	6,1%	2,7%	100,0%

TABELA 32 – BOP EM FUMADORES E NÃO FUMADORES

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,151a	3	,765
Likelihood Ratio	1,188	3	,756
Linear-by-Linear Association	,193	1	,661
N of Valid Cases	410		

O índice de sangramento é superior que nos fumadores, nos intervalos de 0 a 24% de BOP e de 75 a 100% de BOP.

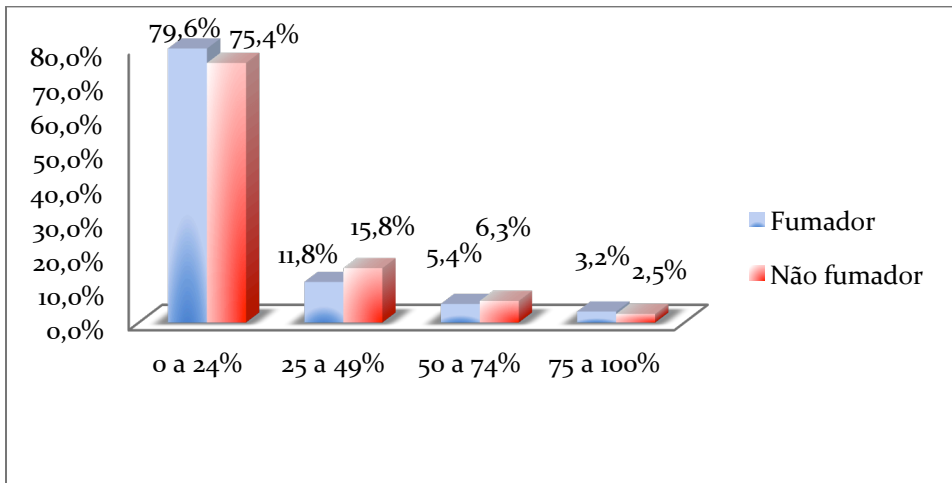


GRÁFICO 30 - ÍNDICE DE SANGRAMENTO NOS INDIVÍDUOS FUMADORES E NÃO FUMADORES

5. DISCUSSÃO

Nos resultados referentes ao motivo da consulta, as consultas de rotina foram as que tiveram maior percentagem, pois apesar de grande parte dos pacientes apresentarem outras causas mais importantes, não as referiram ou possivelmente não sabiam da sua existência. A dor dentária só foi referida como causa principal 13,3%, enquanto que em outros estudos foi referida uma taxa de resposta obtida para dor de origem dentária como motivo da última consulta odontológica foi igual a 87,7% (Lacerda, 2004), ou seja, um valor muito superior ao obtido neste estudo.

A causa “lesões na mucosa” está presente em pequena quantidade 0,5% porque apenas esta pequena percentagem de pacientes foi recebida com uma preocupação principal de lesões na mucosa, mas uma maior percentagem apareceu com outro motivo principal de consulta e por casualidade, sem saberem, apresentavam lesões nas mucosas. Assim, os tratamentos devido a lesões nas mucosas acabaram por ser em maior quantidade que os “motivos da consulta” devido a lesões na mucosa.

O motivo de consulta “arranjar dentes” foi referido desta forma porque quando registamos o motivo da consulta, referimos sempre as palavras ditas pelos pacientes, enquanto que os outros motivos foram englobados em termos mais técnicos.

Verificou-se que na tabela referente ao consumo de tabaco entre o género masculino e feminino que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,179$) ou seja 26,2% de homens fumadores e 21,2% de mulheres fumadoras. No gráfico 8 é possível verificar que o grupo etário onde há uma maior percentagem de fumadores é dos 26 aos 35 anos mas com uma percentagem bastante inferior que corresponde ao grupo etário até aos 25 anos inclusive, que pode ser resultado ou de um viés de

informação dos dados referidos por parte dos pacientes ou pelos resultados positivos das campanhas anti-tabagismo.

No que refere ao tabagismo, apenas 22,5% dos pacientes referiram que fumam e 42,7% dos fumadores indicam apenas 1 a 5 cigarros por dia o que pode sugerir um viés de informação, pois atualmente o tabagismo está conotado negativamente o que pode provocar um ocultar de alguma informação.

A higiene oral presente nos fumadores e nos não fumadores distinguiu-se particularmente pela inexistência de fumadores com uma higiene oral “muito boa”, mas foi de um modo geral muito semelhante justificado pelo possível facto de os fumadores terem cuidados adicionais nos seus hábitos de higiene oral.

Na tabela 20 é possível observar que os fumadores higienizam mais vezes os dentes que os não fumadores, isto pode-se dever ao facto de os fumadores terem noção que fumar pode ter aspectos negativos no aspecto oral, como por exemplo na pigmentação e consecutivamente acabam por lavar os dentes com mais frequência.

Os grupos etários mais jovens são os que apresentam menos percentagens de índice de placa (gráfico 5), e são os que escovam 3 vezes ao dia os dentes com mais frequência (gráfico 6) no entanto apresentam “1 a 5 cáries” em maior percentagem que os outros grupos etários.

Nos indivíduos analisados podemos encontrar uma maior percentagem de indivíduos não fumadores (23,7%) sem cáries em relação aos indivíduos fumadores (15,1%). Podemos também concluir que os indivíduos fumadores têm cáries em maior percentagem do que os indivíduos não fumadores.

Os não fumadores presentes nos indivíduos estudados têm as gengivas menos inflamadas ou seja 43,9% dos fumadores têm as gengivas inflamadas enquanto que 46,2% dos não fumadores têm as gengivas inflamadas (gráfico 25) e tal pode-se justificar pelo facto de as gengivas inflamadas englobarem não só as gengivas sangrantes como inflamadas e edemaciadas, ou mesmo recessões gengivais, não possibilitando chegar a uma conclusão consensual.

Pode-se observar no gráfico 27 que os indivíduos analisados têm um índice de placa maioritariamente elevado (75 a 100% de IP) e que no geral (excepto de 0 a 24% de IP) os fumadores têm um índice de placa superior aos não fumadores mas a diferença não é estatisticamente significativa.

Ao contrário dos resultados observados nas gengivas normais / inflamadas, o registo do índice de sangramento foi maior nos fumadores em relação aos não fumadores nos intervalos de 0 a 24% de BOP e de 75 a 100% de BOP.

É necessário realçar que é muito importante instruir estes pacientes fumadores tanto no consultório como em ações de sensibilização comunitárias para advertir dos possíveis efeitos nocivos do tabaco e como se podem minimizar através dos hábitos de higiene oral e da importância da cessação tabágica.

6. Conclusões

1 - Não há diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde oral dos indivíduos analisados e os hábitos tabágicos.

2 - Os pacientes fumadores apesar de cientes dos aspectos negativos do tabaco e das consequências que podem surgir, vêm à clínica por vontade própria, logo preocupam-se com o seu estado oral e acabam mesmo por ter hábitos e resultados de higiene oral por vezes superiores aos não fumadores.

3 - Concluiu-se que a faixa etária entre os 26 e os 35 anos é a que têm uma maior percentagem de fumadores comparativamente às restantes faixas etárias, bem como o pior nível de saúde oral, ou seja, maior prevalência de cárie dentária e índice de placa entre os 50 e os 74%.

7. Referências Bibliográficas

al, A. P. (26 de Maio de 2009). Tabagismo.

al, V. C. (2007). Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina.

Arendorf, T. M., & Walker, D. M. (1984). *Tobacco smoking and denture wearing as local aetiological factors in median rhomboid glossitis*. (J. O. Rehabil., Ed.)

Bain, C. A., & Moy, P. K. (1993). The association between implant failiture and cigarette smoking. *International journal of Oral and Maxillofacial Implant* , 609-15.

Bolinder, G. (1994). *Smokeless tobacco use and increased cardiovascular mortality among Swedish contruction workers*. Am J Public Health.

Borges, M., Gouveia, M., Costa, J., Pinheiro, L. d., Paulo, S., & Carneiro, A. V. (2009). Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia* .

CAA, V. e. (2007). Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina.

Carranza, F. A., Newman, M. G., & Takei, H. H. (2002). *Clinical Periodontology* (9th Edition ed.). (W. B. Company, Ed.)

Carranza, F. J. (1997). *Glikman Periodontologia Clínica*. Rio de Janeiro.

Costa, M. d. (2009). Factores determinantes da procura de serviços de saúde oral: uma aplicação a Portugal.

Dietrich, T., Reichart, P. A., & Scheifele, C. (2004). *Clinical risk factors of oral leukoplakia in a representative sample of the US population*. Oral Oncol.

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. (1993). Obtido de Ministério da Saúde.

Femiano, F., Gombos, F., & Scully, C. (2001). *Oral Proliferative verrucous leukoplakia*. Int J Oral Maxillofac Surg.

Ferraz, M. S. (1997). *The health's concept* . São Paulo: Rev. Saúde Pública vol. 31 no. 5.

Fetting, A., Pogrel, M. A., Silverman, S. J., Bramanti, T. E., Costa, M., & Regezi, J. A. (2000). *Proliferative verrucous leukoplakia of the gingiva*. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod.

Fraga, S., Ramos, E., & Barros , H. (2006). *Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados*. Rev. Saúde Pública.

Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet , N., Padrão, P., et al. (2005). *Tabagismo em Portugal*. Faculdade de Economia da Universidade do Porto: Arquimed.

Grady, D., Ernster, V. L., & Stillman, L. (1991). *Short-term changes a surprise with smokeless tobacco oral lesions*. JADA.

Hukkanen, J., Jacob, P., & Benowitz, N. (2005). *Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine*. (P. Rev., Ed.)

I Conferência Nacional de Saúde Bucal. (1986). Brasília: Ministério da Saúde.

Inglehart, M., & Bagramian, R. (2002). *Oral Health-Related Quality of life*. (Quintessence, Ed.) Chicago.

Keenan, R. M., & Henningfield, J. E. (1993). *Nicotine delivery kinetics and abuse liability*. J Consult Clin Psychol;

Lacerda, T. J. (2004). *Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta*. Rev. Saúde Pública.

Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. 11-23.

Marcos, B. (1980). *Um conceito clínico-preventivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Marshall, T. A., Eichenberger-Gilmore, J. M., Larson, M. A., Warren, J. J., & Levy, S. M. (2007). Comparison of the intakes of sugars by young children with and without dental caries experience. *JADA* , 138, 39-46.

Martinez, A. E., & Rossa, C. (2002). *Efeitos biológicos dos metabólitos do fumo nos fibroblastos*. Revista Periodontia.

Marx, R. E., & Stern, D. (2003). *Oral and Maxillofacial Pathology*. Quissence.

Mecklenburg, R. E. (2000). *Tobacco effects in the mouth*. (N. I. Health, Ed.) Bethesda.

Miller, P. D. (1990). *Using periodontal plastic surgery techniques*. JADA.

Mirbid, S. M., & Ahing, S. (2000). Tobacco-associated lesions of the oral cavity: malignant lesions. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66, 308-11.

Mirra, A. P. (26 de Maio de 2009). Tabagismo.

Organization, W. H. (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 The MPOWER Package. Geneve.

Pereira, A. C. (2003). *Odontologia em saúde coletiva*. (Artmed, Ed.) Porto Alegre.

Piassi, E. d., Lara, P. A., Fonseca, D. C., & Fagundes, V. V. (2005). O Fumo Como Fator Modificador da Doença Periodontal. *Revista Internacional de Periodontia Clínica*.

PINDBORG, J. J. (1947). *Tobacco and gingivitis* (Vol. Part I. Statistical examination of the significance of tobacco in the development of ulceromembranous gingivitis and in the formation of calculus).

Sala, E. C., & García, P. B. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria* (3ª edição ed.). Barcelona, Espanha: Masson.

Shafey, O., Eriksen, M., Ross, H., & Mackay, J. (2009). *DR. OMAR SHAFEY*. Atlanta, GA - USA: Bookhouse Group.

Swango, P. A. (1996). *Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: An epidemiologic overview*. J Public Health Dent.

Van der Waal, I., & Axell, T. (2002). *Oral Leukoplakia: a proposal for uniform reporting*. Oral oncol.

Warnakulasuriya, S., Dietrich, T., Bornstein, M. M., Peidr , E. C., Preshaw, P. M., Walter, C., et al. (2010). Oral health risks of tobacco use and effects of cessation, International Dental Journal. Su cia.

World Health Organization International agency for research on cancer. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking* .

8. ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1 - Leucoplasia presente na língua	18
Figura 2 - Leucoplasia verrugosa proliferativa	20
Figura 3 - Eritroplasia presente no bordo lateral direito da língua	22
Figura 4 - Melanose do fumador.....	23
Figura 5 - líquen plano.	25
Figura 6 - – Carcinoma verrucoso no rebordo alveolar	26
Figura 7 – Leucoplasia / eritroplasia da língua	27
Figura 8 – Estomatite nicotínica	28
Figura 9 – Candidíase hiperplásica	29
Figura 10 – Glossite romboide mediana	31
Figura 11 – Língua pilosa	32
Figura 12 – Queratoses do tabaco sem fumo	33
Figura 13 – Dentes com doença periodontal.....	34
Figura 14 - Esquema do índice de placa de O'Leary	42

9. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de tabagismo por grupos etários: Homens	16
Tabela 2 - Classificação e sistema de estadiamento de uma leucoplasia oral	19
Tabela 3 - Resumo de vários estudos com relacionam o tabagismo com a doença periodontal.	35
Tabela 4 - Percentagem por género da amostra	52
Tabela 5 - Percentagens por idades da amostra observada	53
Tabela 6 – Índice de placa referentes aos grupos etários	54
Tabela 7 - Presença de cáries nos diferentes grupos etários	56
Tabela 8 – Número de escovagens nos diferentes grupos etários.....	57
Tabela 9 – Hábitos tabágicos nos diferentes grupos etários	58
Tabela 10 - Motivos das consultas.....	60
Tabela 11 - Percentagem de fumadores e de não fumadores	61
Tabela 12 - Percentagem de nº de cigarros fumados por dia	62
Tabela 13 - Hábitos tabágicos por género.....	63
Tabela 14 - Percentagem dos vários tipos de Higiene oral	65
Tabela 15 - Vários tipos de Higiene oral por género	66
Tabela 16 - Vários tipos de Higiene oral em fumadores e em não fumadores.....	67
Tabela 17 - Percentagens do nº de escovagens por dia	68
Tabela 18 - Número de escovagens/dia por género	69

Tabela 19 - Número de escovagens/dia em fumadores e não fumadores	71
Tabela 20 - Percentagem do uso de fio dentário	72
Tabela 21 - Percentagem da quantidade de dentes cariados	73
Tabela 22 - Número de dentes cariados em fumadores e em não fumadores.....	74
Tabela 23 - Percentagem do número de dentes restaurados	76
Tabela 24 - Dentes restaurados em fumadores e não fumadores.....	77
Tabela 25 - Percentagem de indivíduos com gengivas normais / inflamadas	79
Tabela 26 – Alterações nas gengivas em indivíduos de diferente género	79
Tabela 27 – Alterações das gengivas em fumadores e não fumadores....	81
Tabela 28 - Média e desvio padrão relativos ao Índice de placa e ao BOP.	82
Tabela 29 - Percentagem de vários intervalos de IP	82
Tabela 30 - Índice de placa em pacientes fumadores e não fumadores ...	83
Tabela 31 - Percentagem de BOP observadas	84
Tabela 32 – BOP em fumadores e não fumadores.....	85

10. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da disponibilidade de tabaco em Portugal nas últimas três décadas.	12
Gráfico 2 - Prevalência de tabagismo por grupos etários: Homens.....	13
Gráfico 3 - Percentagem por género da amostra.....	52
Gráfico 4 - Percentagens por idade da amostra observada	53
Gráfico 5 - Índice de placa referentes aos grupos etários	55
Gráfico 6 - Presença de cáries nos diferentes grupos etários.....	56
Gráfico 7 - Número de escovagens nos diferentes grupos etários	58
Gráfico 8 - Hábitos tabágicos nos diferentes grupos etários.....	59
Gráfico 9 - Motivo das consultas	61
Gráfico 10 - Percentagem de fumadores e de não fumadores.....	62
Gráfico 11 - Percentagem de nº de cigarros fumados por dia.....	63
Gráfico 12 - Fumar tabaco por género	64
Gráfico 13 - Percentagem dos vários tipos de higiene oral	65
Gráfico 14 - Higiene Oral relativamente ao género	67
Gráfico 15 – Higiene oral entre fumadores e não fumadores	68
Gráfico 16 - Percentagens do número de escovagens por dia.....	69
Gráfico 17 - Número de escovagens no género masculino e no género feminino	71
Gráfico 18 - Número de escovagens por dia nos indivíduos fumadores e nos indivíduos não fumadores	72

Gráfico 19 - Percentagem do uso de fio dentário	73
Gráfico 20 - Percentagem da quantidade de dentes cariados.....	74
Gráfico 21 - Dentes cariados presentes em indivíduos fumadores e não fumadores.....	76
Gráfico 22 - Percentagem do número de dentes restaurados	77
Gráfico 23 - Número de dentes restaurados nos fumadores e não fumadores.....	78
Gráfico 24 - Percentagem de indivíduos com gengivas normais / inflamadas	79
Gráfico 25 - Alterações nas gengivas nos diferentes géneros.....	80
Gráfico 26 - alterações nas gengivas em fumadores e em não fumadores	82
Gráfico 27 - Percentagem dos vários intervalos de IP	83
Gráfico 28 - Índice de placa nos indivíduos fumadores e não fumadores	84
Gráfico 29 - Percentagem de BOP observadas	85
Gráfico 30 - Índice de sangramento nos indivíduos fumadores e não fumadores.....	86

11. ANEXOS

Imagens dos formulários presentes no sistema informático da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa

1. ANAMNESE (História Clínica)

1.1. Motivo da Consulta

A large, empty rectangular text area with a vertical scrollbar on the right side, intended for the patient's reason for consultation.

1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:	<input type="text"/>
Localização:	<input type="text"/>
Irradiação:	<input type="text"/>
Duração (min, horas, dias):	<input type="text"/>
Intensidade:	Fraca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Muito Forte <input type="checkbox"/>
Frequência:	<input type="text"/>
Data (aproximada) do início dos sintomas:	<input type="text"/>
Localização:	<input type="text"/>
Irradiação:	<input type="text"/>
Duração (min, horas, dias):	<input type="text"/>
Intensidade:	Fraca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Muito Forte <input type="checkbox"/>
Frequência:	<input type="text"/>
Modo:	Súbito <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Insidioso <input type="checkbox"/> Por Surtos <input type="checkbox"/>
Evolução:	Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Recidivante <input type="checkbox"/>
Outros Sintomas:	<input type="text"/>

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

1.3. ANTECEDENTES

1.3.1. PESSOAIS GERAIS

Visita regularmente algum médico? Sim ☐ Não ☐

Porque razão?

Fez análises pela última vez em que data?

Foram detectados valores anormais?

Não ☐

Sim ☐

Indique quais:

Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncepcionais)?

Não ☐

Sim ☐

Indique quais:

Senhoras, diga se está grávida:

Não ☐

Sim ☐

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim ☐ Não ☐

Quais?

Tem tensão alta? Sim ☐ Não ☐

Qual o valor da última vez que mediu?

Min: Máx:

Em:

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Sofre de Diabetes? Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue? Sim ☐ Não ☐

Anemia ☐

Hemofilia ☐

Outras ☐

Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a cicatrizar? Não ☐ Sim ☐

Faz (pisaduras) hematomas com facilidade? Não ☐ Sim ☐

Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente (epistaxis)? Não ☐ Sim ☐

Tem alguma doença infecto-contagiosa? Não ☐ Sim ☐

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite ☐ Tipo

Tuberculose ☐

VIH ☐

Sífilis ☐

Outra ☐

Tem doenças de fígado? Sim ☐ Não ☐

Quais?

Tem problemas de estômago? Sim ☐ Não ☐

Quais?

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

Tem problemas renais? Não ☐ Sim ☐

Tem epilepsia? Não ☐ Sim ☐

Sofre de alguma destas doenças: Asma ☐ Urticária ☐ Pólen ☐ Sinusite ☐ Outra ☐

É alérgico a algum medicamento ou dispositivo médico? Sim ☐ Não ☐

Aspirina ☐ Penicilinas ☐ Sulfamidas ☐ Tetraciclinas ☐ Anestésicos ☐

Níquel ☐ Crómio/Cobalto ☐ Acrílico ☐ Látex ☐ Outros ☐

Sofreu de alguma doença cancerígena? Sim ☐ Não ☐

Que região foi afectada?

Foi submetido a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia? Sim ☐ Não ☐

Indique qual:

Há quanto tempo?

Cancro ☐ Diabetes ☐ D. Cardíacas ☐ Alergias ☐ Outras ☐

Quais:

Hábitos

Alcoólicos ☐ Tabágicos ☐ Cigarros/Dia

Fio Dentário ☐ Higiene Oral ☐ X/Dia

Tem outros problemas de saúde não mencionados acima? Não ☐ Sim ☐

Quais?

Observações

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

1.3.2. PESSOAIS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefacções:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugular Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugular Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestíbulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>
		Higiene Oral:	<input type="text"/>

ATM

Sintomatologia:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>

GLÂNDULAS SALIVARES:

Parótidas:	<input type="text"/>
Submaxilares:	<input type="text"/>
Sublinguais:	<input type="text"/>
Menores:	<input type="text"/>
Ductos Excretórios (Stenon, Warton):	<input type="text"/>
Saliva:	<input type="text"/>

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

2.3. PERIODONTAL

PSR

NOTA: Todos os dentes são examinados. Cada sextante é classificado de acordo com a "pior" situação encontrada nesse sextante

Code 0	Sem Sangramento/Saudável
Code 1	Sangramento (com placa)
Code 2	Cálculos Supra ou Infra
Code 3	Bolsas entre 3,5 e 5,5 mm
Code 4	Bolsas com mais de 5,5 mm
*	Envolvimento de furca/recessões/problemas mucogengivais

1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>
6 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

Observações - Avaliação Intra-Oral

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

NewSoft DS 9 Profissional - Clínica Dentária Universitária - UCP - Utilizador:490406062

Pacientes Consultas Relatórios Gestão Próteses Tabelas Outros Saída

Ficha de Paciente:

Ficha

Nome:

Título: Profissão:

Gênero:

Estado Civil:

Data Nascimento:

Morada:

Código Postal:

Freguesia:

Telefones: Telefone1 Telefone2 Telefone3

Convenção:

N.º Beneficiário: Categoria:

Validade:

Médico: Primeira: Próxima:

Quem Indicou:

Observações Importantes:

Código:

Processo:

Ordenação: ☐ Nome ☐ Código

Risco não determinado

Dados Clínicos **Documentos** **Histórico** **Facturação** **Impressão**

Desloca-se para a ficha seguinte.

NUM 9:30:17

NewSoft DS 9 Profissional - Clínica Dentária Universitária - UCP - Utilizador:490406062

Pacientes Consultas Relatórios Gestão Próteses Tabelas Outros Saída

Dados Clínicos

☒ Estado Inicial ☒ Realizado ☒ Em curso ☒ Plano ☒ Orçamento

Convenção: Alunos Aluno: Entidade:

Dentição Definitiva **Dentição Decidua**

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Situação

☐ Inicial

☐ Em Curso

☒ Realizado

☐ Plano

Orto

Filtrar

De:

a:

Tipo: N

Tratamentos

☐ Implante

☐ Espigão

☐ Restauração

☐ Endodontia

☐ Exodontia

☐ Branqueamento/Alter

☐ Ferulização

☐ Coroa

☐ Ponte

☐ Selante de fissuras

☐ Prótese Removível

NewSoft

NUM 9:38:12

Associação entre hábitos tabágicos e saúde oral

NewSoft DS 9 Profissional - Clínica Dentária Universitária - UCP - Utilizador:490406062

Pacientes Consultas Relatórios Gestão Próteses Tabelas Outros Saída

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Envolvimento de Furca

S S S S S S S S S S S S S S S

B B B B B B B B B B B B B B B

S S S S S S S S S S S S S S S

B B B B B B B B B B B B B B B

Envolvimento de Furca

Mobilidade Dentária

Envolvimento de Furca

B B B B B B B B B B B B B B B

S S S S S S S S S S S S S S S

B B B B B B B B B B B B B B B

S S S S S S S S S S S S S S S

Envolvimento de Furca

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Data: - -

Índice de Placa:

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

38 37 36 35 34 33 32 31

41 42 43 44 45 46 47 48

Índice de Sangramento:

P.S.R.

1º Sextante 2º Sextante 3º Sextante

0 0 0 *

0 0 0 *

0 0 0 *

6º Sextante 5º Sextante 4º Sextante

0 0 0 *

0 0 0 *

0 0 0 *

Mais próximo da imagem do dente
1 Profundidade de Sonda

Mais afastado da imagem do dente
2 Recessão

B Sangramento
S Supuração
Click em B ou S

+

+

+

+

+

+